LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

LE MENSUEL DES PROFESSIONNELS

Vers la fin de la clinique à la Protection judiciaire de la jeunesse ?

Neuropsychologie L'évaluation d'enfants et d'adolescents cérébro-lésés

L'expertise médico-psychologique au sein des hôpitaux des armées

Questions à René Kaës : Le « malêtre » dans la culture contemporaine



DOSSIER

La périnatalité à la croisée des pratiques

N°309 Juillet-août 2013

DOM/S : 7,50 € – BEL : 7,40 € – MAR : 75 Mad
N CAL/S : 890 cfp – POL/S : 950 cfp – MAY : 7,90 €

martin média

L 17653 - 309 - F: 6,50 € - RD

ÉDITO

Autisme politique

PATRICK CONRATH
DELPHINE GOETGHELUCK



Après les recommandations de la Haute autorité de santé (Has), il semble qu'un pas supplémentaire soit franchi dans la question de l'autisme. Jusqu'alors, il était question de recommander tel ou tel type de pratique au détriment des autres. Aujourd'hui, le Plan autisme 2013 a été présenté par madame Carlotti, laquelle a clairement énoncé le risque, pour les établissements médico-sociaux, de se voir privés de leur financement s'ils n'appliquaient pas *stricto sensu* lesdites recommandations.
À savoir accueillir les enfants et adolescents en situation de handicap du fait de troubles de la sphère autistique en évacuant complètement les interventions basées sur le référentiel analytique. C'est un pas de plus franchi vers la ségrégation des pratiques, quand on sait d'autant plus que cette déclaration a été faite sous la pression d'associations de parents. Après la pression exercée auprès de l'Afpen et des organisateurs de leur congrès de Nice* de ne pas faire intervenir les parents dans leur colloque, reste-t-il encore une liberté d'exercice du psychologue de choisir son orientation de travail et d'exercer suivant la formation universitaire qu'il a reçue ?
Finalement, sait-on encore de quoi on parle ?
Les recommandations de la Has concernent-elles la prise en charge éducative ou thérapeutique ? S'il s'agit de rééduquer des enfants autistes dans un but de contrôler certains comportements qui peuvent entraver une insertion sociale, on est dans le domaine de compétences de certains professionnels, mais certainement pas dans ceux des psychologues. Si l'on parle d'éducation, l'orientation psychodynamique peut être une orientation sur laquelle s'appuient un certain nombre de professionnels pour établir du lien, prendre en compte les affects dans la relation et mettre du sens sur leurs propres ressentis, mais ce référentiel n'a jamais eu de visée éducative en tant que telle. En revanche, les psychologues ont affaire avec la difficulté des professionnels dans les institutions à vivre et à contenir tout ce qui peut être difficile dans la relation avec l'enfant ou l'adolescent. Il peut aussi accueillir la souffrance du parent débordé par le quotidien avec l'enfant.
À notre connaissance, les référentiels purement cognitifs ne proposent pas de solutions ou de pistes de prise en charge. Une orientation de l'enfant dans le champ éducatif peut évidemment être proposée, quel que soit le champ auquel elle appartient, mais, en aucun cas, cela ne justifie de telles injonctions et le rejet des approches non comportementales.
Pas supplémentaire dans l'incompréhension, les parents n'ont plus aucune liberté de choix quant à leur enfant. C'est ce que dit aussi Mireille Battut, de l'association *La main à l'oreille*, la situation de l'enfant autiste étant bien une situation singulière. En dehors du cadre, en dehors de l'attendu, cet enfant, cet adulte, sera toujours dans cette singularité.
Le comble n'est-il pas d'imaginer que certains parents qui souhaitaient que leur enfant bénéficie de techniques comportementales n'en ont jusque-là pas eu véritablement le choix ? C'est lorsque le manque se fait sentir que l'on donne de la voix. Quitte à laisser croire que cette revendication porte seule la vérité. Cette tentation du tout comportemental qui s'inscrit dans une idéologie sociétale a convaincu les politiques. Pourra-t-on tendre vers un point d'équilibre entre ces pratiques ? Déjà, des écrits et témoignages se font jour qui effritent un peu l'effet magique de ces techniques, et mettent en question ce que cela sous-entend de la considération de la relation à l'autre. Et quand ces enfants ont acquis les moyens d'en parler, qu'en disent-ils, eux, les premiers concernés ?

* Voir www.afpen.fr



S O M

N° 309
JUILLET-AOÛT 2013

LE POINT DE VUE DE...

PAGES ACTUELLES...

HOMMAGES À...

COLLOQUES

CULTURE



20

DOSSIER

La périnatalité à la croisée des pratiques

M A I R E

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES

Directeur de la publication : Arnaud Habrant

Rédacteurs en chef : Patrick Conrath, Delphine Goetgheluck

Secrétaire de rédaction : Frédérique Kerfant-Delamotte

Secrétaire de rédaction adjointe : Véronique Haguenauer

Correctrice : Françoise Martin-Borret

Comité de rédaction : Henri-Pierre Bass, Norbert Bon, Dana Castro, Patrick Conrath, Geneviève Djenati, Alix Foulard, Delphine Goetgheluck, Isam Idris, Frédérique Kerfant-Delamotte, Claude Lemoine, Claudine Le Foyer de Costil, François Marty, Didier Mauger, Serge Raymond, Clément Rizet, Maryse Siksou, Claude Tapia

Culture : Miguel de Azambuja et Florian Houssier

Création graphique : Eden Studio

PAO et CV1 : Gaëtan Melillo

Directeur Marketing - Partenariat : Stéphane Sorin (marketing@martinmedia.fr)

Publicité : Frédérique Kerfant-Delamotte

Fondateur : Armand Touati

Crédits photographiques : CV 1, p. 57 : Getty Images – p. 25 : Fotolia – pp. 28-29, p. 38, pp. 46-47, p 67, pp. 72-73 : BSIP – p. 33 : Corbis.

LE JOURNAL DES PSYCHOLOGUES
Site Internet : www.jdpsychologues.fr

• Rédaction en chef :
5, rue des Allumettes
13090 Aix en Provence
Tél. : 01 53 38 46 46
Fax : 01 53 38 46 40
Courriel : jdp@martinmedia.fr

• Secrétariat de rédaction :
50, ter, rue de Malte
75011 Paris

Seuls les articles qui n'ont fait l'objet d'aucune publication, y compris sur Internet, sont acceptés. Les articles signés sont publiés, après accord de la rédaction, sous la responsabilité de leurs auteurs.

• Administration, abonnements, éditions :
10, avenue Victor-Hugo
CS 60051
55800 Revigny-sur-Ornain
Tél. : 03 29 70 56 33
Fax : 03 29 70 57 44

Diffusion MLP, vente au numéro et réassort :
Sylvie Poussy – Tél. : 03 29 70 56 33
Commission paritaire : n° 1216T81040 - ISSN 0752-501 X
Dépôt légal à parution

Impression :
Corlet Roto • Ambrières-les-Vallées

Le Journal des psychologues est édité par MARTIN MEDIA SAS au capital de 150 000 €
55800 Revigny-sur-Ornain

LE POINT DE VUE DE...
CLAUDE LEMOINE



Le travail sous pression

Il y a quelque chose de pourri au royaume du travail [1]. Où que l'on se trouve, on n'entend que plaintes et gémissements. Soit le travail s'en va, et voici la procession des chômeurs déprimés et démunis face à une mécanique implacable qui les dépasse. Soit le travail est là, et c'est la complainte de la pénibilité psychologique liée au stress, à l'incertitude et à l'exigence de performance.

L'exemple de l'entreprise Carglass, dans le film *La Mise à mort du travail* [2] est assez révélatrice de l'ambiance du moment. Une entreprise qui se veut efficace, au service de ses clients, championne dans son secteur de la réparation automobile, a mis en place un système performant, à flux tendu, ultrastandardisé, qui associe une réactivité forte, visant la satisfaction des clients, à une rentabilité élevée, donnant satisfaction aux actionnaires. Entre deux, des unités de production assurent le service à la chaîne.

Le discours managérial est superpositif. Il entonne un refrain édifiant fondé sur le client roi, la qualité maximale, la rapidité sans faille et l'implication des collaborateurs qui sont fiers et heureux d'assurer un service exceptionnel, efficace et performant pour rester les meilleurs. La formation maison est là pour insuffler un climat de groupe fondé sur le jeu des compliments et des applaudissements qui soudent l'équipe et poussent à aimer son entreprise. Celle-ci, en embauchant, donne du travail et le fait bien sentir aux nouveaux arrivants, reconnaissants. Mais les réalités quotidiennes sont bien différentes. Dans le centre d'appels, les préposés répondent mécaniquement et de façon répétitive sous le contrôle vigilant de l'ordinateur qui sert de pointeuse permanente. Dans les agences, les ouvriers en sous-effectif courent d'une voiture à l'autre pour remplir leurs quotas assignés. Et le chef de centre, qui doit tenir ses objectifs et gagner en productivité pour que son antenne soit bien classée, se partage entre la réception des clients, la gestion des papiers et l'aide à ses équipiers afin qu'ils tiennent le rythme, le tout sans compter ses heures.

On note donc un discours en décalage total avec les images officielles et le ressenti des personnels qui supportent une pression constante au cours de leur travail. On peut toujours avancer que le réalisateur a grossi le trait, que l'expansion de l'entreprise est une aventure gagnante, mais on peut aussi y voir le modèle condensé, somme toute assez classique, d'un mode de gestion des ressources humaines qui se retrouve dans beaucoup d'endroits, privés comme publics.

Les principaux ingrédients y sont : centration sur la productivité et la performance, obligation du « juste à temps », standardisation maximale qui réduit toute initiative, mise en concurrence interne entre les équipes et entre les individus par un système de compétition et de classement affiché, outils de surveillance intensifiant le poids des normes prescrites et tenant en haleine toute la chaîne de commandement, chacun devenant le contrôleur de ses collègues, questionnaires d'évaluation systématique, pression psychologique jouant sur les sentiments et mettant en jeu l'image de soi et la capacité de se dépasser, avec le sourire demandé en prime. L'obligation de réussite remplace l'autoritarisme. On ne peut qu'adhérer aveuglément ou démissionner, si l'on veut se protéger.

Car le *turn over* existe, signe d'un malaise sournois qui plane et réduit la réussite comptable. Dès lors, il faut rechercher un autre modèle de management, partir sur d'autres bases qui intègrent la satisfaction des salariés. C'est ce qui commence à poindre ici ou là, dans les entreprises qui visent à garder leurs compétences, éviter de les laisser filer à la concurrence, et limiter les risques psychosociaux qui coûtent cher.

Préserver le bien-être et le confort au travail devient un symbole d'une entreprise de pointe qui protège son personnel dans une équation à variables multiples. On redécouvre ainsi la convivialité des pauses café, on insère des temps de détente zen, on se préoccupe du mal de dos potentiel, on élabore un environnement agréable et *design*, on promeut les initiatives.

Bien sûr, c'est pour mieux travailler, s'attacher les collaborateurs, et cela confine au gadget utilisé comme hameçon pour mieux manipuler sans douleur. Mais, à tout prendre, n'est-ce pas mieux que le stress permanent ? Et ne serait-ce pas l'ébauche d'une conception gagnants-gagnants dans un univers impitoyable ?

1. Transposition du texte de Hamlet : « *Il y a quelque chose de pourri au Royaume du Danemark.* »

2. Film-enquête réalisé par Jean-Robert Viallet.

Vers la fin de la clinique et des professionnalités à la Protection judiciaire de la jeunesse ?

Qui n'a plus de nom disparaît, qui n'a plus de temps meurt…

La Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), institution en charge d'accompagner les adolescents « en danger de délinquance », ressemble de plus en plus à un bateau qui prend l'eau [1]. Soumise, parmi les premiers services publics, à la révision générale des politiques publiques (RGPP), vaste entreprise néolibérale de restriction des dépenses sociales et de mise en grilles de l'humain en souffrance, la PJJ connaît un virage répressif inédit. Ainsi renoue-t-elle, suivant des modalités certes différentes, avec une vision déterministe de la délinquance des mineurs telle que le XIXe siècle et l'entre-deux guerres l'avaient connue. La PJJ sans boussole ne sait plus si elle protège ou si elle réexpose à un destin assuré de « fauteurs de trouble » ceux dont elle s'occupe, dans une société où jeunesse rime fréquemment avec dangerosité.

UN HÉRITAGE AUX OUBLIETTES…

Privée d'une vision à long terme si nécessaire pour travailler, l'institution ressemble de plus en plus aux adolescents et aux familles qu'elle rencontre, éprouvés sur plusieurs générations par la violence, l'abandon ou la confusion. Incapable d'identifier les valeurs qui la portent en les réactualisant, la PJJ est en train de perdre son âme et d'éteindre ce qui faisait sa force vive au cours des années 1970-1980. Elle faisait alors le pari de l'ouverture, en même temps que celui de l'éducation « créative ». Ainsi recourait-on le moins possible à l'enfermement. En prenant appui sur des initiatives et des dispositifs innovants du droit commun, avec l'influence des courants humanistes de Célestin Freinet, des frères Oury, de Fernand Deligny et de François Tosquelles, elle se soutenait du meilleur et du plus inventif de la psychothérapie institutionnelle, de la psychanalyse et des travaux d'ethnopsychiatrie. Point de confusion, dans ce temps-là, entre la détention en prison, la contention des murs et d'une éventuelle camisole chimique et la fonction contenante d'un engagement institutionnel qui persévère. En quelques années, c'est un lent processus de désintégration silencieuse de ses références et de ses missions qui a eu lieu.

… ET UNE LIQUIDATION INSTITUTIONNELLE EN MARCHE

Il y eut d'abord l'introduction du droit pénal des majeurs au sein du cadre législatif de la justice des mineurs. À la fin des années 1990, le développement des mesures « probatoires » de contrôle judiciaire et de sursis avec mise à l'épreuve prit le pas sur les mesures d'accompagnement éducatif de « liberté surveillée » ou de « protection judiciaire » qui prédominaient jusqu'alors. Plus récemment furent introduits l'aménagement des peines, les « peines plancher » et le tribunal correctionnel pour mineurs.

Après l'extinction des derniers centres fermés, réputés être des lieux de sédition et d'amplification de la violence adolescente, sous Valéry Giscard d'Estaing à la fin des années 1970, la « mode » de l'enfermement revient sur le devant de la scène. Un tel retournement se radicalise, à la fin des années 1990, comme si l'histoire éducative collective était confrontée aux mêmes phénomènes de refoulement, d'amnésie et de répétition que la mémoire individuelle. Ainsi, avec les lois Perben I et II se mettent en place les centres éducatifs fermés, se programme la construction d'établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs, s'élargit le spectre de leur détention provisoire de plus en plus jeunes, et ce, pour des infractions pénales de moindre gravité qu'autrefois. Dans ce retour massif du répressif, il est à craindre que l'on cherche bien plus à reléguer, bannir, contrôler, qu'à éduquer ou soigner, comme l'ont dénoncé haut et fort l'ancienne Défenseure des enfants et le contrôleur des lieux privatifs de liberté.

La logique de notre époque est celle de l'immédiateté, de l'automaticité, de l'éloignement et de la rupture. On se souvient des centres de placement immédiat des années 1990 et 2000, desquels on exigeait une évaluation rapide en trois mois de la situation d'un adolescent et qui furent confrontés à l'instabilité de résidents insécurisés par l'impossibilité de se poser et le non-sens d'une →

Note

1. Voir l'article paru dans *Le Monde* du 9 février 2013, « Le lent naufrage de la Protection judiciaire de la jeunesse », sous la plume de Franck Johannès.

→ réorientation précipitée pour ceux qui avaient, malgré tout, réussi à engager une relation « maturante » avec l'équipe du foyer. Puis, il y eut les centres éducatifs renforcés, comme les futurs centres éducatifs fermés, relégués loin des centres urbains, contraints dans le court terme d'un accompagnement de trois à six mois. Coupés d'un possible travail avec les familles et d'une mise en lien avec le réseau du soin, de la formation et de l'insertion, ceux-ci ont fait prévaloir une forme de nouvelle pédagogie noire : exposer l'adolescent à des conditions de vie extrêmes dans l'attente illusoire d'un « électrochoc » éducatif.

À ce jour, le placement éducatif à la PJJ semble avoir vécu ; les lieux de séparation physique d'un adolescent dans le but de l'aider à travailler une séparation psychique avec sa famille n'existent guère plus. Le signifiant « foyer » a d'ailleurs disparu de la langue administrative, au profit de « l'hé-berge-ment ». Les établissements de placement éducatif (EPE) sont soumis à la logique du chiffre et du remplissage de la place vide, court-circuitant le travail d'accueil et d'élaboration du projet de placement par les équipes, les adolescents et leurs familles. Autrefois, l'institution avait conçu une pluralité de lieux d'accueil (foyers, lieux de vie, familles d'accueil). Ils savaient accompagner un adolescent en se hâtant patiemment, parfois pendant deux à trois ans quand cela le nécessitait. Mais, aujourd'hui, l'hébergement collectif devient l'antichambre ou l'espace dérivé de l'incarcération ou du centre éducatif fermé. Tout soumis qu'il est à une logique comptable, administrative et judiciaire, il participe, *volens nolens*, d'une aggravation des troubles. Ainsi s'accumulent, de manière parfois aveugle, une kyrielle de placements, pour des adolescents qui vont de plus en plus mal, sans lien ni travail d'élaboration avec le jeune et sa famille.

Dans l'historique des services d'activités de jour, dits d'« insertion » à la PJJ, les équipes ont été soumises à des déstructurations-restructurations incessantes. Nous sommes alors témoins d'une démobilisation des meilleures énergies, devant la non-viabilité administrative de dispositifs, au départ innovants et inventifs, à destination des adolescents les plus en marge de la scolarité et de la formation. Loin de la fécondité des pratiques éducatives du « faire avec » et des « médiations » thérapeutiques, développées dans les années 1970-1980, l'injonction de « mettre en activités » a envahi l'institution. Elle s'impose désormais aux jeunes, autant qu'aux équipes, quelles que soient leurs missions premières (hébergement, insertion, milieu ouvert ou accompagnement éducatif en détention) : comme si, à la non-présence des adolescents les plus éloignés des circuits d'apprentissage institués, il fallait répondre par l'automatisme quasi pavlovien du « faire à tout prix». Que recherche-t-on ? Sans doute à combler le vertige du vide chez des administrants, adeptes de la case à remplir et phobiques des « hors tout », plus qu'à entendre la signification à chaque fois singulière d'une impossibilité passagère ou structurelle à habiter les espaces du savoir et de la pensée en relation.

> *Dans ce retour massif du répressif, il est à craindre que l'on cherche bien plus à reléguer, bannir, contrôler, qu'à éduquer ou soigner.*

Dans les services de consultation, dits de « milieu ouvert » à la PJJ (en opposition au milieu fermé), c'est à une logique du chiffre, de l'indifférenciation des missions et de la déprofessionnalisation à laquelle nous assistons. Parallèlement, l'augmentation du nombre d'accompagnements par éducateur oblige les personnels à délaisser la prévention, le travail en partenariat ou en réseau. L'empilement insensé pour un même adolescent de mesures éducatives, mais surtout probatoires, s'inscrit dans une logique judiciaire de surenchère. Au lieu de donner du temps au temps éducatif, elle efface à certains endroits les spécificités professionnelles avec l'interchangeabilité des métiers d'éducateur et d'assistant social tristement « banalisé », et de la sorte « naturalisé »[2]. À cela s'ajoute la neutralisation des fonctions cliniques des psychologues, étouffés par l'augmentation de leur charge de travail. Empêchés, ils le sont davantage dans leur fonction d'analyse des pratiques auprès des équipes et d'écoute clinique auprès des adolescents et des familles. Dans le ravalement présent, selon la formule de Roland Gori, ces services en sont réduits à compter pour moins penser, évaluer pour plus contrôler et chiffrer pour mieux « sous mettre ».

La mise sous tension vire parfois à l'interdit de penser dans une soustraction de la singularité et une occultation de l'humanisme fondateur de l'ordonnance du 2 février 1945. Ainsi en va-t-il de ce retranchement du vivant dans la nouvelle mesure judiciaire d'investigation éducative. La question du transfert et du contre-transfert est alors expulsée de toute conception clinique du sujet et reléguée à une simple croyance. Dans cette intervention « modulable » sur les familles et les jeunes, dans des délais toujours plus « compressés », le travail s'apparenterait plus à la technique Jivaro des réducteurs de tête qu'à de l'aide dynamique aux familles pour qu'elles s'affranchissent de leurs difficultés et de leurs impasses. Dans le réductionnisme ambiant qui confond « facteurs de risque », « dépistage prédictif » et causalité psychique, les écrits des professionnels risquent de devenir une

fiction mécanique et aseptisée : celle d'un « recueil d'éléments pertinents pour la décision de justice ».

Dès lors, l'écroulement identitaire des professionnalités n'a cessé de s'amplifier depuis quinze ans avec, d'un côté, repli, isolement et souffrance professionnelle, de l'autre, des phénomènes d'asservissement volontaire à une rééducation comportementale, moralisatrice et adaptative. La refonte progressive de la formation initiale des éducateurs à la PJJ (toujours pas diplômante) y a largement participé, réduisant à la portion congrue d'une année l'expérience de stage dialectisée avec les apprentissages théoriques, exposant les éducateurs en formation à une préaffectation lors de leur deuxième année. Faussant la relation d'apprentissage, tant pour les stagiaires que pour les équipes accueillantes, une telle formation vire parfois à l'orthopédie rééducative sur fond d'un discours de maîtrise illusoire. Les injonctions paradoxales de la direction à la PJJ, dénoncées dans la presse nationale fin 2009 et début 2013, au titre de la souffrance qu'elles engendrent, tant aux différents niveaux hiérarchiques que dans les équipes, contribuent à détériorer encore un peu plus le cadre de travail. Pourtant, celui-ci est censé assurer une sécurité suffisante, rendant possible le travail avec des familles aux problématiques lourdes. D'expérience, nous savons qu'elles vont justement l'attaquer et le mettre à l'épreuve, afin d'en vérifier la survie et la bienveillance, et tenter ainsi d'orienter autrement leur destin.

À cela s'ajoute la réduction des budgets, limitant les initiatives et projets éducatifs auprès des familles, dégradant sans cesse les conditions matérielles de travail des équipes et d'accueil du public. La réaffectation de la masse salariale au profit des établissements pénitentiaires spécialisés pour mineurs et des centres éducatifs fermés, autrement « budgétivores », découvre de surcroît certains services de postes d'assistants sociaux et réduit le temps de présence des psychologues, toujours plus segmenté, entre différents « compléments de service ». Cependant, à côté de l'accompagnement éducatif, comment travailler avec les adolescents les plus en difficulté, les familles les plus fragilisées de notre société ? Sommes-nous encore en capacité d'offrir une écoute sociale à même de restaurer un accès aux dispositifs de droit commun, une écoute clinique apte à entendre derrière le symptôme et sa répétition une demande informulée et informulable de mise au travail d'une famille entière, par-delà les logiques de fuite dans l'agir, l'évitement et la défiance ?

À cela s'ajoute la neutralisation des fonctions cliniques des psychologues, étouffés par l'augmentation de leur charge de travail.

LES ATTAQUES CONTRE LE TEMPS FIR

Dans ce contexte, comme un ultime espace de pensée et de résistance à maîtriser et éteindre, dans une institution de plus en plus autoréférencée et endogame, est attaquée, depuis l'année 2011, la fonction FIR (formation information recherche) ou « tiers temps », pourtant organiquement et déontologiquement liée à l'exercice de la psychologie clinique dans notre pays. Aujourd'hui, la direction de la PJJ, en ultime négociation avec les syndicats professionnels sur la rédaction d'une nouvelle circulaire régissant l'organisation du temps de travail des cliniciens, se refuse à continuer à employer le terme FIR (appelé « *fiction juridique* », il y a deux ans, par un directeur des ressources humaines) et à compter « une quotité », nov-dénomination d'un temps déterminé pour l'exercice du FIR. La logique de suspicion semble être une volonté de mise au pas d'une profession qui représente ce qui échappe et ne va pas de soi : la réalité psychique.

Et, pourtant, la fonction clinique du psychologue à la PJJ, ou dans tout autre espace où des psychologues cliniciens ont lieu d'exercer (hôpital, Aide sociale à l'enfance, secteur médico-social...), opère dans le fait d'offrir une certaine décentration et une patiente élaboration par rapport aux agirs et aux éprouvés désorganisants et effractants rencontrés au contact des adolescents et de leurs familles, ou à travers ce que les équipes en rapportent de la relation éducative. Écoute portée tout particulièrement à l'endroit des impasses psychiques inédites que les changements sociétaux et institutionnels produisent chez les familles et les équipes elles-mêmes. Cet espace transitionnel multiforme que le psychologue a, du fait de son éthique, à faire vivre pour lui-même afin de pouvoir en être le garant auprès des familles, des équipes et de l'institution, il le crée à partir du temps FIR, temps extérieur à l'institution qui est la formalisation statutaire de cet espace intermédiaire. Que l'institution, par voie administrative, cherche à régenter, voire, aujourd'hui, à supprimer cet espace de pensée et de distanciation que les psychologues ont à animer en raison de leur métier et de leur engagement à l'endroit de l'inconscient, de l'énigmatique et de l'insaisissable, apparaît comme l'évidente signature d'un processus de liquidation. À n'être plus référée qu'à elle-même, l'institution →

Note

2. En hébergement collectif, les éducateurs exercent aussi la fonction de veilleur de nuit, depuis la suppression de ce métier, dans les années 2000, et son intégration dans celui des éducateurs.

s'expose à ne plus pouvoir entendre et éduquer ceux qui sont en déroute de référence autre, se bornant illusoirement à contrôler, maîtriser ou enfermer ce qui lui échappe.
À persister dans cette voie, l'institution annulerait la consistance même d'un travail d'élaboration auprès des adolescents, des familles et des équipes. Elle irait à l'encontre de ses valeurs fondatrices et de sa propre histoire. Ce faisant, l'avenir serait alors bien sombre pour ceux qui n'ont d'autres possibilités que de formuler leur impasse et d'adresser leurs souffrances par leurs actes à ceux qui tentent, contre vents et marées politiques et sociétales, de les entendre, les recevoir et les aider, s'ils y consentent, à retrouver le chemin d'une humanité partagée.

RÉSISTER !

C'est une énergie démesurée qu'il faut à toutes ces équipes anonymes, à la PJJ et au-delà, pour résister contre les processus d'appauvrissement, de déliaison et de clivages institutionnels (conseils généraux au titre de la solidarité et de l'Aide sociale à l'enfance, Éducation nationale, éducation spécialisée, secteur psy et médico-social). Pas à pas, situation après situation, celles-ci refusent de renoncer à leurs métiers, dénoncent leurs « outilisations » abrutissantes et tentent de contrecarrer les mécanismes en miroir de « lâchage » et de « défection » auprès des publics les plus marginalisés, dont les problématiques abandonniques et les logiques d'autosabotage conduisent à provoquer la rupture plutôt qu'à la subir.

Collectif régional des psychologues cliniciens exerçant à la PJJ Sud-Est
Pour réagir, soutenir ou rejoindre le collectif, adressez vos mails à la rédaction – en précisant « Collectif PJJ Sud-Est » – qui transmettra : jdp@martinmedia.fr.

HOMMAGES À ...

Trois grands noms des sciences humaines nous ont quittés ces derniers mois.

Ainsi, en mars, **Robert Castel** décédait juste avant son quatre-vingtième anniversaire. Après une agrégation de philosophie, il s'est très vite tourné vers la sociologie, une sociologie humaniste, consacrée au destin de l'individu moderne, inscrite dans le réel du vécu des individus et des relations sociales, loin des postures et des discours théorisants hermétiques. Collaborateur de Pierre Bourdieu à ses débuts, il s'est tout d'abord penché sur la situation de la psychiatrie et, plus précisément, ce qui était encore considéré comme des asiles dans les années 1970 et de l'influence des lieux sur les personnes. Poursuivant selon le même angle d'approche, il s'est ensuite consacré à l'étude de la condition salariale jusqu'à ces dernières années, où la dégradation progressive de sa situation avec le retour du salarié en situation de pauvreté, en risque de « désaffiliation », n'a cessé de l'inquiéter.
Ses recherches menées tout d'abord à l'université Paris-VIII qu'il a contribué à créer, au sein du groupe d'analyse du social et de la sociabilité, puis à l'École des hautes études en sciences sociales en tant que directeur du Centre d'étude des mouvements sociaux, s'inscrivaient dans une approche qu'il qualifiait de « généalogique » en ce qu'il reliait la dynamique des mouvements sociaux actuels à leurs ancrages historiques, notamment en ce qui concerne la mise en place des institutions avec leurs conséquences sur les relations sociales.

Claude Balier, ensuite, décédé en mai à l'âge de 88 ans. Psychiatre, psychanalyste, il s'est intéressé à des publics jusque-là oubliés par la psychanalyse : les personnes âgées et les criminels.
Il a débuté sa carrière en intervenant au sein de la première équipe de psychiatrie publique de secteur créée par Philippe Paumelle en tant que gérontopsychiatre. Et il s'est ensuite consacré aux personnes emprisonnées, notamment pour crimes sexuels, et est devenu médecin-chef du service médico-psychologique régional de la prison de Grenoble. Il fut, d'une certaine manière, le premier psychiatre-criminologue, et ses recherches cliniques sur les auteurs de crimes sexuels ont ouvert des pistes de compréhension. Ainsi, en considérant que l'acte perpétré dans le réel fait rupture avec la pensée, il a posé l'hypothèse d'une étiologie du narcissisme phallique blessé derrière ses agressions et a mis en évidence, chez leurs auteurs, un clivage du moi les coupant de toute idée d'être violent ou de culpabilité *a posteriori*.
Quel que soit le domaine, il s'est attaché à humaniser la nature de la relation aux soignants et le cadre institutionnel.

Enfin, **Michel Crozier,** décédé également en mai dernier, à l'âge de 91 ans. Lui aussi sociologue, ses recherches et diverses expériences l'ont conduit à devenir un spécialiste et finalement un des précurseurs de l'analyse stratégique en sociologie des organisations. Il a mené ses premiers travaux sur la question en 1964 dans le cadre de sa thèse d'État, dans laquelle il a mis en évidence l'existence, en France, comparativement aux États-Unis par exemple, d'un modèle culturel national de bureaucratie, ainsi que le rôle des stratégies des acteurs dans les dysfonctionnements organisationnels.
Il a par la suite rassemblé, au CNRS, une équipe de recherche – le centre de sociologie des organisations – qui a complété ses recherches sur l'administration française face au changement. Il a enfin poursuivi son analyse du phénomène bureaucratique et démontré que des professionnels peuvent se trouver entravés dans leurs missions et leurs initiatives par la nature de règles édictées et des jeux de pouvoir qu'elles peuvent induire. Il a voulu l'ensemble de ses travaux comme autant d'éclairages pour œuvrer au changement.

Le Risque
Anticiper, prévenir, traiter, accompagner

XIV[e] Colloque Médecine et psychanalyse
Les 27 et 28 septembre 2013, à Paris

Sous la direction de Danièle Brun et organisé par le centre de recherches « Psychanalyse, médecine et société » de l'université Paris-VII-Denis-Diderot.

• www.medpsycha.org •

En médecine, les protocoles proposés aux patients comportent plusieurs types de risque qu'ils se doivent de supporter pour obtenir des chances de guérison.
Qu'en est-il alors de l'éthique médicale dans ces différents décisionnels ? Quel peut-être le rôle du psychanalyste dans les équipes soignantes, celui-ci étant pris dans des espaces hétérogènes, entre la logique médicale et la logique de l'inconscient. Médecins et psychanalystes, juristes et historiens, ont leur mot à dire, leurs expériences à transmettre et leurs réflexions à proposer en matière de « politique du risque ».
De façon certaine, la question des risques s'ouvre, s'étend, se transforme avec les progrès de la science, ce qui constitue un paradoxe, car plus la science progresse, plus il existe un « quantum de risque ».
Ces situations portent en germe de nombreux facteurs d'incertitude inclus dans le dispositif d'annonce lui-même. Celui-ci étant présenté par le soignant, il entraîne chez le patient une confiance totale dans les possibilités thérapeutiques. Lorsque surgissent parfois des complications des soins ou des effets iatrogènes à ceux-ci, le facteur d'incertitude se retourne alors contre les médecins, ce qui peut aboutir à un risque de judiciarisation accru. Il existe aujourd'hui « un impératif à la guérison ».
Ce qui sera également abordé lors de ce prochain colloque, c'est la réflexion autour de la mise en place de groupes de patients, soit guéris soit en voie de guérison, pour les sensibiliser à la rencontre avec les médecins. Ces réflexions en groupe pourraient se mettre en place non seulement dans le cadre de jeux de rôle, mais aussi sous la forme de récits. Il est ainsi important de faire une place au risque pris par les patients, parce que l'on a trop souvent tendance à les considérer sous le seul angle des traitements.
Dans ce champ, les psychologues sont sollicités quand surgit cette dimension résiduelle, comme si, dans le domaine de la santé, notre discipline allait résoudre ce reliquat du « facteur risque » que la médecine actuelle ne peut éradiquer, malgré une demande insistante de protocolisation de l'économie du risque psychique.
Le grand danger pour les psychologues travaillant dans ce champ est de se laisser absorber par la réalité. Mais comment arriver à faire entendre que l'on doit absolument laisser une place à la réalité psychique pour que les praticiens de la psyché ne deviennent pas des assistants sociaux améliorés ? Pour ce faire, il faudrait que les psychologues soient capables de prendre de la distance face à l'impérialisme de l'agir inhérent à la logique médicale, et qui est consubstantiel à la formation médicale. Comment, en tant que psychologue clinicien, arriver soi-même à ne pas être contaminé par l'agir ? Face à ces questionnements, ceux-ci trouveraient bénéfice à se former à la dimension institutionnelle hospitalière, par exemple, à ces différents espaces, et ainsi se sentir aptes à prendre un positionnement de recherche et que celui-ci soit accepté par le corps médical, ce qui ne va pas toujours de soi, car la vision de la psychologie est souvent réparatrice et, dans cette approche, tous les soignants se proclament aptes à l'exercer.
Un autre risque de la maladie, c'est l'éclatement conjugal. Là aussi existent potentiellement des facteurs de rupture inhérents à la possibilité de délitement du « groupe famille ».
Pour les médecins, le risque devient de plus en plus présent, mais c'est aussi au détriment de la réalité psychique singulière de leurs patients, et ce, en raison de la pression d'une médecine protocolisée. Ils ne prennent de décision que dans ce cadre, la décision individuelle se trouvant de plus en plus encadrée, de plus en plus objectivante, et certains praticiens ne manquent pas de s'en plaindre. L'élargissement des connaissances efface les relations singulières. La pression des risques d'erreur se devant ainsi d'être quantifiable.
Ce colloque, à visée transdisciplinaire, favorisera sûrement les échanges et les réflexions, car il se situe dans une extraterritorialité des lieux d'exercice des différents professionnels intervenant dans le champ du soin, ce qui est propice à une parole plus libre. Les différents facteurs de risque ne peuvent que mobiliser nos propres questionnements dans le quotidien de nos prises en charge et de leurs limites, ayant pour corollaire le risque de l'acharnement thérapeutique, qui met si souvent à mal la cohésion des équipes. Chacun pourra se faire juge de la qualité des rencontres antérieures par la lecture ou relecture des publications (aux éditions Études freudiennes) issues des treize précédents colloques.

Henri-Pierre BASS

COLLOQUE

Compte-rendu

Le dit et le non-dit

Le Colloque de la Société québécoise de techniques projectives (SQMP) s'est tenu les 19 et 20 avril 2013, à Montréal.

L'objectif de ce colloque qui portait sur un thème majeur en psychologie, « le dit et le non-dit », était de faire « plancher » des cliniciens sur la question de la restitution des données aux patients et aux tiers pour conférer à l'évaluation projective un statut de véritable acte thérapeutique (avec le patient) et pédagogique (avec les équipes). Plus largement, il s'agissait de mettre au travail les facteurs qui favorisent la communication authentique entre soignants et soignés, enfants ou adultes, et qui, secondairement, contribuent à la reprise fonctionnelle de l'activité psychique par des processus de mentalisation et d'apaisement émotionnel.

Le résumé de ces travaux traduit véritablement le caractère universel et généralisable à l'ensemble des obédiences d'un positionnement éthique et psychothérapeutique.

Ainsi, au niveau clinique, le processus de restitution est une intervention psychologique à part entière, ancrée dans l'intersubjectivité de la relation professionnelle et répondant à des besoins psychiques fondamentaux tels que :

• La cohérence : Le sujet attend de se reconnaître tel qu'il se perçoit dans le regard d'autrui. La restitution des tests projectifs à travers une description de la souffrance chez un adulte ou la restitution de l'histoire personnelle à travers le génogramme, la nomination des craintes ou de l'angoisse à travers des contes de résilience chez un enfant, ou, encore, le partage des impressions cliniques avec une équipe, sont autant de modalités qui répondent cliniquement à ce besoin.

• La valorisation personnelle : Le sujet a besoin d'être « aimable » et de savoir qu'il a de la valeur. La mise en évidence des forces et-ou des fonctionnements adaptatifs chez le sujet singulier, enfant ou adulte, l'écoute des équipes et la reconnaissance de leurs efforts dans la prise en charge quotidienne, sont autant de manières de valoriser savoir-faire ou savoir-être.

• L'efficacité personnelle : Le sujet a besoin de lutter efficacement, d'évoluer et de reprendre le contrôle sur sa vie. La vision différente de soi et de sa problématique, modifiée par la restitution ou par une communication clinique indirecte, offre à l'enfant ou à l'adulte la possibilité d'espérer le changement ; la recherche de solutions communes, le lien différent qui se tisse, dans la durée, avec les équipes pluridisciplinaires, permettent de poursuivre les efforts dans le soutien nécessaire aux cas les plus complexes.

La relation appropriée et collaborative du clinicien avec des tiers, son rôle régulateur (exposé de M. Chabot) du fonctionnement groupal ou singulier (par le repère de contre-attitudes ou par la mentalisation, comme l'explique G. Lajoie) assoit la sécurité affective nécessaire au déploiement de la psyché.

Par ailleurs, au niveau méthodologique, ce processus de restitution est en perpétuelle coconstruction. Il n'existe pas de procédure type. Différents modèles sont possibles, qui partagent tous quelques balises fondamentales :

• Les informations transmissibles font l'objet d'un choix par le psychologue, qui s'opère en fonction de ce qui est utile au patient ou aux tiers au moment présent – ce qu'ils peuvent entendre, accepter et utiliser pour mobiliser les mécanismes du changement et-ou de la (re)motivation.

• Les informations ainsi sélectionnées sont organisées selon les critères propres au modèle de restitution choisi. Ainsi, par exemple, O. Husain les organise selon les différentes sphères du fonctionnement psychique ; M. Chabot selon des critères contextuels et langagiers ; D. Castro propose un classement selon le modèle de Finn, etc. Les aspects éthiques et déontologiques traversent, en les orientant, l'ensemble de ces modèles.

• Les informations ainsi choisies portent à la fois sur des schémas de fonctionnement et sur des problématiques acceptables par le sujet ou utiles aux équipes. Cette démarche est nécessaire à l'encadrement des « mauvaises nouvelles » (informations divergentes des théories personnelles du sujet ou des tiers, anxiogènes ou pénibles pour l'individu ou le groupe).

• Le format de la restitution – écrit ou oral – varie également, mais ne contient jamais les données brutes, qui risqueraient d'être mal interprétées par un néophyte.

• Le langage de la restitution implique un vocabulaire simple (ou simplifié), métaphorique et imagé afin de mobiliser la participation émotionnelle et cognitive. Il reprend, autant que faire se peut, les mots du sujet pour valider son expérience. Il est parfois « dramatique » pour accentuer l'empathie. Il utilise, le cas échéant, le lexique de la pathologie.

• Les informations sont proposées systématiquement à la validation du sujet ou des tiers, par des adresses explicites. L'écoute des réactions individuelles ou groupales, selon l'expression de G. Lajoie, permet l'ajustement aux attentes des uns et des autres et promeut la coconstruction du sens.

Dana CASTRO

Le paternel

Le 73e Congrès des psychanalystes de langue française s'est tenu du 9 au 12 mai 2013 à la Mutualité, à Paris.

Le congrès annuel de la Société psychanalytique de Paris a pour principe de s'organiser autour des interventions de deux rapporteurs et de leurs exposés.

Cette année, il s'agissait de l'exposé de Christian Delourmel, de la Société psychanalytique de Paris (SPP), sur « De la fonction du père au principe paternel », et de celui de François Villa, de l'Association psychanalytique de Paris (APF), sur « Le père : un héritage archaïque ».

Ainsi, Christian Delourmel s'est attaché à interroger les modèles phylogénétiques de Freud et ceux de la fonction paternelle élaborés par certains auteurs contemporains dans le prolongement des diverses conceptualisations freudiennes et postfreudiennes, mettant tout d'abord en évidence, dans ces différents modes d'organisation de la figure paternelle, la permanence d'un couple de base qui s'organise autour de l'inhibition / tiercéisation caractérisant cette fonction, ensuite en s'attachant à mettre ce couple à l'épreuve de la clinique, afin de l'illustrer et d'éclairer les incidences et les aléas de la fonction paternelle sur le fonctionnement psychique en séance. Sa réflexion s'est poursuivie sur le principe paternel et ses rapports avec la fonction paternelle, concevant celle-ci dans une approche d'opposition / intrication entre l'origine des espèces et l'origine de l'être. Il a conclu son rapport sur des questionnements portant sur le principe paternel et les fantasmes originaires ouvrant à des interrogations concernant principe paternel et pensée théorique et principe paternel articulé au champ social.

Dans le développement de la pensée de François Villa, nous retiendrons particulièrement ce qu'il a avancé sur les limites de l'art psychanalytique. Il met en avant que son expérience de psychanalysant, de psychanalyste et de membre de la communauté des psychanalystes, le laisse plus que dubitatif sur la garantie contre le fantasme de toute-puissance que constitueraient cure et formation personnelles. L'on ne peut que souscrire à ces développements, tellement l'histoire de la communauté psychanalytique a été traversée par des luttes fratricides autour de la transmission, rejoignant ainsi « le roc d'origine » développé déjà par Freud dans son texte « Analyse finie et analyse infinie ». Ce roc concernant l'originaire qui, selon lui, fait obstacle à la cure, c'est quelque chose qui touche à la relation que l'humain, qu'il soit homme ou femme, entretient avec le père. La pulsion de mort serait une intériorisation de ce père de la horde primitive. À la fin de la cure et au cœur de la culture, on retrouve sans cesse une attente croyante en la recherche d'une totale satisfaction qui va se constituer en un irrépressible besoin de croire. Une fois cette croyance installée au décours de la vie, l'être humain deviendra vite un croyant ou un militant aveugle et sourd à ce qui n'est pas sa conviction ou sa cause. On ne manquera pas d'y entendre aussi des résonances de nos propres milieux professionnels, où le rejet de l'autre et le mépris se fixent sur la vérité en son propre corpus théorique qui tient lieu de dogme. Celui-ci peut être d'autant plus l'enjeu de manipulations perverses qu'il s'appuie souvent sur l'ombilic de relations des intertransferts entre analysants et analystes avec les prérequis théoriques des analystes eux-mêmes, pris dans les rets de leurs propres filiations institutionnelles qui ne sont jamais complètement élaborables, devenant ainsi potentiellement porteur d'emprise *.

Par ailleurs, des nombreuses tables rondes qui se sont succédé, je retiendrai celle sur le thème du père dans la culture contemporaine, menée par le professeur Julia Kristeva (SPP), avec Fehti Benslama et Michel Tort. En effet, Fehti Benslama, fort de ses recherches plurielles autour de la psychanalyse et de l'anthropologie, a axé son propos sur l'hypothèse d'un noyau délirant au cœur du phénomène religieux qui pourrait, s'il n'est plus encrypté, se projeter dans le monde externe permettant de comprendre ainsi l'apparition de nombre de fanatismes qui font tant florès à notre époque. Michel Tort, quant à lui, s'est attaché à cerner le changement de nouveaux modes de paternité liés à l'évolution des rapports entre les sexes et leurs effets dans la psychopathologie et dans le champ social.

On ne peut que, regretter que, dans un tel congrès, aucune place n'ait été faite aux travaux de Jean-Pierre Lebrun qui, depuis la parution de son premier livre, *Un monde sans limite*, s'est attaché à centrer ses réflexions sur la question de la tiercéité. On n'ose penser que ce soit sa filiation lacanienne qui expliquerait cette absence…

Cette réserve posée, ce congrès fut de bonne facture et permettra sûrement aux cliniciens de trouver matière à articuler leur praxis.

Henri-Pierre BASS

* Un certain nombre des multiples axes de réflexion que ces deux rapports ont suscités feront l'objet d'une publication de *la Revue française de psychanalyse*, en décembre prochain.

AGENDA

JUILLET

Paris
Les 4 et 5 juillet 2013

Troubles de la personnalité : évaluation et prise en charge

Colloque psy et crimino.

Intervenants : M. Bénézech, J.-M. Benkemoun, I. Bensilum, M. Bodon-Bruzel, J.-P. Bonjour, G. Cédile, R. Coutanceau, S. Crochet, J. Motte dit Falisse, B. Granger, Y. Hiram Haesevoets, S. Lemitre, A. Martorell, A. McKibben, M. Quémener, J.-L. Senninger, J.-L. Senon, J. Smith, O. Vanderstukken, J.-L. Viaux, B. Vilamot, D. Zagury...

Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Tél. : 01 56 47 03 49
Courriel : contact@psylegale.com
Site : www.psylegale.com

Cerisy-la-Salle
Du 17 au 24 juillet 2013

Écriture de soi, écriture des limites

Colloque organisé par J.-F. Chiantaretto et le groupe « Littérature personnelle et psychanalyse », avec le soutien de l'Utrpp et de l'université Paris-xiii.

L'écriture de soi (notamment l'autobiographie, les journaux intimes et l'autofiction) met toujours en scène une tension entre deux positions psychiques : attester d'une identité (voici qui je suis), témoigner d'une altération (voici qui je suis empêché d'être). L'enjeu semble la délimitation de soi, au sens d'un espace intérieur, d'un lieu singulier d'interlocution interne. Une telle délimitation de soi prend une valeur spécifique, lorsque l'auteur témoigne dans l'écriture d'une expérience psychique d'effraction, d'implosion ou de falsification de l'être. Il s'agit, notamment, des expériences traumatiques extrêmes ou des troubles ayant rendu précaire ou incertaine la construction même de l'espace psychique. Dans ces différents registres de la survivance, l'écriture de soi prend alors littéralement fonction d'une écriture des limites : l'effort de (re) construire un lieu pour soi, suffisamment vivable et vivant.

Lieu : Centre culturel international de Cerisy-la-Salle

Renseignements :
Tél. : 02 33 46 91 66
Courriel : info.cerisy@ccic-cerisy.asso.fr
Site : www.ccic-cerisy.asso.fr

SEPTEMBRE

Nantes
Du 2 au 5 septembre 2013

Les dominations

Congrès de l'Association française de sociologie.

L'analyse des formes de domination est centrale en sociologie pour comprendre ce qui fait tenir l'ordre social. Des études récentes en ont cependant renouvelé la compréhension sous plusieurs dimensions : en insistant sur la diversité des modes de domination et leur variation historique et spatiale, en révélant les « ratés » du consentement ou son caractère de façade chez les groupes subalternes, en mettant en évidence le travail nécessaire aux dominants pour imposer et exercer leur domination... Des pistes d'interrogation et d'investigation ont été rouvertes sur les relations entre les diverses figures de l'autorité – le pouvoir social, le pouvoir économique et le pouvoir politique – et leurs conditions de félicité ou de discordance. Si ces approches ont permis de remettre sur le métier sociologique bien des idées que l'on croyait acquises, elles ont également relancé l'effort de réflexivité sur « l'opération » sociologique, que ce soit sous l'angle de la posture analytique à adopter, des méthodes à employer ou de l'écriture et du raisonnement à déployer.

Renseignements :
Tél. : 02 32 83 25 51
Courriel : claire.lebailbonnard@ids.fr

Lille
Du 18 au 20 septembre 2013

Interventions précoces : anticiper, diagnostiquer, accompagner

Colloque organisé par l'université d'été Alzheimer, éthique et société en partenariat avec l'association France Alzheimer, la Fondation Médéric Alzheimer, l'Ars Nord-Pas-de-Calais et le laboratoire Distalz, la ville de Lille et la région Nord-Pas-de-Calais.

L'injonction à l'anticipation, dans tous les domaines, pose trois grandes questions :

• D'un point de vue épistémologique, elle conduit à réfléchir à la notion de risque et aux notions associées. L'enjeu se déplace insensiblement de la question du diagnostic vers celle du pronostic (ou de l'évolution prévisible).

• D'un point de vue éthique, l'identification de personnes « à risque », « fragiles »... conduit à se poser deux types de question : sur le plan individuel, comment aborder avec les personnes et leur entourage ces questions de risque et de pronostic (probabiliste) ? Quel est l'impact de l'annonce de résultats de biomarqueurs à des personnes pauci- ou a-symptomatiques ? Comment proposer sans l'imposer la désignation d'une personne de confiance ou la « planification anticipée » des aides et des soins ? Sur le plan collectif, comment faire en sorte que les personnes qui seront identifiées comme « à risque » ne soient pas marginalisées ou discriminées (assurances, emploi, conduite automobile, gestion de l'argent...) ?

• D'un point de vue philosophique, quel rapport au temps cette focalisation sur la précocité et l'anticipation induit-elle ?

Renseignements :
Site : www.espace-ethique-alzheimer.org/newsletter/newsletter16.html

Aix-en-Provence
Le 20 septembre 2013

Les visites médiatisées dans le cadre de la protection de l'enfance : quel dialogue entre la famille, la justice, le social et la clinique ?

Colloque organisé par l'École des parents et des éducateurs d'Aix et le conseil général des Bouches-du-Rhône.

Le cadre juridique qui impose la séparation et le placement n'est pas thérapeutique en lui-même, mais se trouve à l'origine d'un ensemble de processus qui pourront conduire à des effets thérapeutiques.

Dans le dispositif des visites médiatisées, de nombreux acteurs sont présents et impliqués de manière directe et indirecte : les parents, l'enfant, le juge des enfants, les inspecteurs Ase, les travailleurs sociaux, les familles d'accueil, les professionnels des foyers, les psychologues, les équipes

spécialisées. Dès lors, comment, en tant que professionnels, construire des références communes pour accompagner et soutenir les relations parents-enfants et s'inscrire ainsi dans le soin ?

Lieu : Maison méditerranéenne des Sciences de l'Homme

Renseignements :
Epe d'Aix et du Pays d'Aix
Tél. : 04 42 59 64 53
Courriel : colloque.visitesmediatisees@gmail.com
Site : epeaix.org

Lausanne

Le 21 septembre 2013

Le lac inconnu.
Lettre, images et reflets de l'adolescence

ve Colloque Babylone, psychanalyse, art et littérature, organisé par les Séminaires Babylone (Paris) et la Fondation de Nant (Lausanne).

Lorsque, finalement, vieux Luce arrive, la conversation qu'il tient avec Holden Caulfield, alors âgé de seize ans, conforme l'une des pages les plus mémorables de ce roman extraordinaire du xxe siècle qu'est *L'Attrape-cœurs*. « *Ton esprit est immature* », dit Luce, quand Holden lui parle de sa vie sexuelle. Il lui conseille ensuite d'aller voir un psychanalyste. L'adolescent s'inquiète et lui demande ce qu'une telle personne pourrait bien lui faire. « *Il ne te ferait rien. Il te parlerait tout simplement et tu lui parlerais, bon dieu. Il t'aiderait à reconnaître les formes de ton esprit.* »

Il en est de même, parfois, de la littérature. Une image, un reflet, une reconnaissance. Une exploration de ce « *lac inconnu* » évoqué par Proust, ce même auteur qui avait écrit quelques volumes plus tôt : « *L'adolescence est le seul temps où l'on ait appris quelque chose.* »

Lieu : Théâtre Vidy-Lausanne

Renseignements :
Tél. : +41 (0) 21 926 83 23
Courriel : sandra.gilliand@nant.ch
Site : www.colloque-babylone.ch

Paris

Les 27 et 28 septembre 2013

Le risque : anticiper, prévenir, traiter, accompagner

xive Colloque organisé par la Société médecine et psychanalyse.

Les facteurs de risque ont envahi le domaine de la santé physique comme celui de la santé mentale, justifiant un surcroît d'annonces, de précautions et de prévention. On voit le droit de la Santé se doubler d'un droit à la santé et de nouveaux acteurs peser sur les protocoles de traitement. Que de paradoxes dans une société qui attend de la médecine l'éradication totale des risques, alors que ses évolutions en créent de nouveaux. Qu'en est-il désormais de l'éthique du médecin ? Et quel est le rôle du psychanalyste qui s'intègre aux équipes ? L'autorité médicale se trouve souvent dessaisie au profit d'un partage de décisions, de l'application des protocoles de traitement et de leur évaluation. Quels en sont les risques et les avantages, sachant qu'ils excèdent probablement le champ spécifique de la médecine ? La recomposition des pratiques médicales par la notion de risque crée des situations nouvelles qui justifient la formation et l'éducation des partenaires en présence, inexistantes à ce jour.

Lieu : Centre Sèvres

Renseignements :
Tél. : 09 52 10 39 54
Courriel : agnes.cousin@medpsycha.org

Caen

Les 30 septembre et 1er octobre 2013

Le sujet au risque des nouvelles organisations.
Avenir des pratiques sanitaires et sociales face aux effets des logiques actuelles

62es Journées nationales de formation continue organisées par l'Association Croix-Marine de Basse-Normandie.

De nombreuses voix, issues des structures sanitaires, sociales et médico-sociales, mais aussi des usagers et de leurs proches, s'élèvent régulièrement pour exprimer un profond malaise face aux discours actuels sur la santé mentale et à la mise en œuvre des nouvelles logiques bureaucratiques et gestionnaires qui leur sont imposées. Elles font craindre le retour à des pratiques déshumanisantes et à des processus d'exclusion assimilant maladie mentale et dangerosité. Comment rester inventifs et créateurs pour proposer des dispositifs s'inscrivant nécessairement dans la durée, tout en respectant l'intimité du sujet, la singularité de la rencontre ? Comment subvertir les injonctions sécuritaires et leur mise en demeure de protéger nos pratiques de tout risque, notion pourtant au cœur de toute démarche thérapeutique ou éducative ?

Comment réinvestir le champ de la formation si prompt à privilégier le discours et les pratiques de ces nouvelles logiques ? Comment penser la complémentarité des champs sanitaire et médico-social quand leur cloisonnement conduit à nuire à leurs contributions mutuelles au soin et à l'accompagnement si complexes de ceux dont ils ont la charge ?

Comment faire pour ne pas laisser la définition des outils du soin et de l'accompagnement à la seule Haute autorité de santé qui veille jalousement au contrôle de pratiques échappant à l'élaboration commune au nom de la « transparence » et de la « qualité » ?

Après avoir érigé en absolues les connaissances supposées scientifiques au motif qu'elles seraient quantifiables, objectivables et évaluables, et donné la priorité aux inventions techniques, nos sociétés →

Nice

Du 26 au 28 septembre 2013

Enfant… Point-*s* de repère(s) ?
De l'enfant en cause à la cause des enfants

Congrès de l'Association française des psychologues de l'Éducation nationale.

La crise du symbolique, l'évolution des technologies de l'information et les avancées de la génétique comme des neurosciences révolutionnent les représentations de l'homme et du monde. Le lien social se modifie. À l'heure où réussir sa vie et être performant sonnent comme un impératif, l'enfant devient l'enjeu de tous les idéaux. Les demandes adressées au psychologue se transforment et renouvellent la clinique auprès des enfants, de leurs familles et des institutions.

Parmi les intervenants : *S. Lesourd, G. Neyrand, S. Tisseron, B. Golse, S. Giampino, J. Grégoire, C. Arbisio, C. Vidal, F. Gonon, P. de Georges, R. Baup, A. Podolski…*

Thèmes abordés : Diversité des familles d'aujourd'hui, autorité en question, examen psychologique de l'enfant, transculturel, nouvelles technologies, travail en institution…

Lieu : Centre Acropolis

Renseignements :
Site : http://nice2013.afpen.fr/

AGENDA

→ ne sont-elles pas en train de promouvoir un individu dont le développement ne s'envisage que sur la faillite de sa position de sujet ?

Lieu : Université de Caen-Basse-Normandie, amphi Daure, campus 1

Renseignements :
Fasm Croix-Marine
Tél. : 01 45 96 06 36
Courriel : croixmarine@wanadoo.fr
Site : www.croixmarine.com

OCTOBRE

Reims
Du 3 au 5 octobre 2013

Penser la compensation, grandir avec nos handicaps

43es Journées d'étude de l'Association de langue française des psychologues spécialisés pour personnes handicapées visuelles (Alfphv).

En instruisant un droit à compensation, le législateur interroge la dette…
En signifiant un devoir de compensation, le prescripteur interroge les limites du sujet…
Comment comprendre la résistance grandissante de nos patients à suivre les protocoles d'experts bienveillants sans s'intéresser à l'interaction des forces qui modèlent la conduite humaine ?

Lieu : Auditorium de la médiathèque Jean-Falala

Renseignements :
Tél. : 03 26 08 41 88
Courriel : alfphv2013@free.fr
Site : www.alfphv.net

Paris
Le 11 octobre 2013

Les fondements de la réalité psychique

Colloque européen francophone organisé par l'Association psychanalyse et psychothérapies (Apep) sous la présidence des professeurs D. Widlöcher et J.-F Allilaire.

Intervenants : J.-F. Allilaire, S. Berney, A. Bismuth, A. Braconnier, M. Cailliau, C. Chabert, B. Claudel, J.-N. Despland, S. Frisch, C. Frisch-Desmarez, A. Gibeault, B. Golse, P. Guyomard, B. Hanin, D. Houzel, R. Jouvent, V. Kapsambélis, F. Marty, S. Missonnier, M. Reca, A. Schniewind, D. Widlöcher.

Renseignements :
Dr Martin Reca
Tél. : 01 48 00 83 86
Courriel : colloque.apep@gmail.com
Site : www.rap5.org/Apep/Cercle/Agenda/Default.aspx

Paris
Les 11 et 12 octobre 2013

Suicide et travail

viie Colloque international de psychodynamique et psychopathologie du travail. iies Journées de l'Association internationale des spécialistes de psychodynamique du travail.

Le suicide au travail pourrait indiquer qu'une étape supplémentaire a été franchie dans la réduction du pouvoir de l'être humain de contrôler l'utilisation qui est faite de sa vie par l'organisation du travail. Comment, dans ce contexte de dépossession de soi, peut-on penser une action rationnelle de réappropriation du rapport au travail ? Des réponses se font jour par des truchements divers qui vont de la sensibilisation de l'espace public à l'évolution du droit, en passant par de nouvelles pratiques dans le champ de la clinique et de l'expérimentation sociale, ainsi que par des actions originales de résistance et de désobéissance aussi bien sur le terrain du travail que dans le champ de la culture.

Lieu : Maison de la Chimie

Renseignements :
Courriel : virginie.herve@cnam.fr

Paris
Le 12 octobre 2013

Journée européenne de psychothérapie en psychosomatique : adolescence et pathologies

Journée organisée par le Centre international de psychosomatique.

Les thèmes abordés : L'affect et la pathologie en relaxation psychosomatique relationnelle ; l'approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires à l'adolescence : le corps absent ; l'identité, la maladie et la dynamique du temps à l'adolescence ; le fonctionnement psychosomatique à l'adolescence comme traitement de l'angoisse ; l'adolescence et la pathologie ; les douleurs à l'adolescence et les thérapies avec les familles ; l'âge où le corps est un ennemi ; l'adolescence, identité et maladie de Crohn ; l'adolescent en quête d'identité : art-thérapie et psychosomatique relationnelle ; l'adolescence et l'allergie.

Lieu : Faculté de médecine Paris-Descartes, amphi Vulpian

Renseignements :
Tél. : 09 75 71 16 42
Courriel : cips.presse@gmail.com
Site : http://cips.psychosoma.org

Paris
Les 12 et 13 octobre 2013

Paul Claude Racamier.
Une pensée vivante pour la clinique d'aujourd'hui

Congrès annuel du Collège de psychanalyse groupale et familiale.

Paul Claude Racamier, tout au long de son parcours professionnel, n'a cessé de déployer sa double identité de psychanalyste et de psychiatre pour inventer et développer des dispositifs de traitement psychique et une œuvre clinico-théorique dont l'originalité et la fécondité ont éclairé le travail de très nombreux praticiens et institutions dans le champ du soin psychique, dans leurs multiples dimensions, subjectale, groupale, familiale et institutionnelle.
Sa créativité, son écoute, son exigence critique, ont façonné une pensée vivante au service des cliniciens qui continuent de s'en inspirer, dès lors qu'ils rencontrent des patients de tous âges et des familles qui présentent des souffrances et des processus défensifs graves et complexes et qui aspirent à une meilleure croissance psychique.

Lieu : Asiem

Renseignements :
Tél. : 01 56 80 10 60
Courriel : contact@cpgf.fr
Site : www.cpgf.fr

Paris
Les 12 et 13 octobre 2013

L'Œdipe, la psychanalyse et la civilisation

Centenaire de *Totem et Tabou*.

Intervenants : N. Ben Smaïl, D. Brun, G. Bulat-Manenti, É. Campi, G.Chaboudez, H. Cohen-Solal, A. Dasseux Ter-Mesropian,

M. David, L.Delhommeau, P. de Neuter, F. de Rivoyre, O. Douville, S. Giampino, H. Godefroy, G. Guillerault, C. Hoffmann, P. Kong, P. Landman, M. Lauret, D. Lauru…

Lieu : Faculté de médecine, amphi Binet

Renseignements :
Tél. : 01 47 05 23 09
Courriel : espace.analytique@wanadoo.fr

NOVEMBRE

Bruxelles
Le 12 novembre 2013

Suicides et familles

Colloque organisé par le Centre de prévention du suicide.

La famille est, en principe, l'espace de ressources privilégié, le lieu de prévention primaire.

Les orateurs partiront d'études récentes et de leur pratique pour aborder le suicide à travers les concepts d'appartenance, d'ancrage, de filiation et de transmission au sein des familles.

Aborder la question du suicide et de son impact sur l'économie familiale suppose également de s'arrêter sur les sentiments de solitude et d'impuissance qui traversent ses membres.

Enfin, la question du deuil après suicide et son impact sur la dynamique familiale présente et future sera, elle aussi, posée.

Lieu : Centre culturel d'Uccle

Renseignements :
Tél. : 02 650 08 69

Courriel : cps@preventionsuicide.be

Nouméa-Koné-Wé (Nouvelle-Calédonie)
Du 12 au 15 novembre 2013

Transformer la violence en Océanie
Sujet / famille / groupe / institution

Ier Congrès international de psychologie en Océanie organisé à l'initiative du Collège des psychologues de Nouvelle-Calédonie.

Les cultures océaniennes sont réputées pour privilégier les liens sociaux, l'appartenance forte et le sens de la solidarité. Pour autant, une violence dont témoignent bien des écrivains océaniens impose sa réalité avec une insistance telle que l'on ne sait plus si elle est l'effet d'une situation anomique ou celle d'une norme implicite. Aussi, on ne saurait s'étonner d'observer, dans les champs de la santé mentale, de l'éducation, du handicap, du social et du travail, un malaise dans la culture, des crises identitaires qui apparaissent sans issue, des tentatives de suicide, des suicides, des formes exacerbées de la psychopathologie du quotidien, des passages à l'acte violent… Comment les comprendre ? Que veut-on dire quand on invoque le choc des cultures ou les ruptures entre tradition et hypermodernité ?

Lieu : Université de Nouvelle-Calédonie Nouméa, Koné et Lifou

Renseignements :
Tél. : 687 96 95 17
Courriel : copsync@gmail.com
Site : www.psychologues-nc.com

Bruxelles
Du 14 au 16 novembre 2013

Penser la psychose. Savoir et pratiques

IIe Congrès organisé par la Ligue bruxelloise francophone pour la santé mentale.

Mondialisation débridée entraînant une précarisation matérielle et psychique croissante, crise(s) de nos sociétés postmodernes, injonctions d'efficacité, d'immédiateté et de performance, logiques sécuritaires, délitement collectif… ces différents phénomènes engendrent des transformations importantes de la norme et produisent des logiques d'exclusion et de déliaison.

Inventive, créative, souvent vue uniquement comme dangereuse et déficitaire, la psychose est une réponse de celui qui est débordé par sa rencontre avec le monde suscitant parfois des souffrances sans nom. Cette réponse, aussi surprenante, inquiétante et désespérée soit-elle, a toujours un sens, fût-il à construire. Quelles sont les conditions anthropologiques et historiques de la psychose ? Comment les pratiques professionnelles en tiennent-elles compte pour penser la psychose et son accompagnement ?

Lieu : Centre culturel de Woluwe-Saint-Pierre

Renseignements :
Tél. : +32(0)2/511 55 43
Courriel : emessens@gmail.com
Site : www.lbfsm.be

Paris
Le 16 novembre 2013

La douleur

Journée scientifique du laboratoire de psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse.

Intervenants : J. André, C. Azoulay, C. Chabert, M. Corcos, M. Emmanuelli, V. Estellon, B. Golse, S. Missonnier, F. Neau, A. Schniewind, B. Verdon.

Lieu : Faculté de médecine

Renseignements :
Estelle Georges-Chassot
Tél. : 01 46 04 74 35
Courriel : estelle@carnetpsy.com
Site : www.carnetpsy.com

Yaoundé (Cameroun)
Du 12 au 14 novembre 2013

La violence dans tous ses états

Colloque international pluridisciplinaire organisé par l'Association des psychologues cliniciens du Cameroun.

La violence est une réalité commune. Agie ou subie, elle s'exprime, se rencontre au fil des différentes phases de développement, dans les expériences singulières et collectives (guerre, catastrophes naturelles, accidents, etc.). Consubstantielle de la pulsion, manifeste ou latente, elle est au cœur de l'humain et des différentes institutions, dont il est à l'origine (famille, foyer, prison, etc.). Elle peut prendre des figures multiples et hétérogènes, s'inscrire du côté de la destructivité ou de la cruauté et, paradoxalement, être au service de la vie constituant ainsi une tentative de symbolisation.

La violence convoque des questionnements divers : Quelle est la place de la violence dans le développement de la vie psychique ? Quels liens peut-on établir entre violence et psychopathologie ? Comment la violence traverse-t-elle les différents investissements des sujets, des groupes et des institutions, des cultures ? Quel lien la violence entretient-elle avec la destruction ? Comment imaginer et créer des dispositifs permettant d'accompagner au plus juste et au plus près les victimes des phénomènes de violence ?

Comment sensibiliser le sujet et les différentes communautés à repérer et à évaluer le « fait » violent dans le but de prévenir la violence ? Au-delà de la question de la loi, est-il possible d'envisager le traitement des auteurs de violence ?

Renseignements :
Courriel :
contact.apccameroun@gmail.com
Site : www.apc-cam.net

Paris
Les 16 et 17 novembre 2013

Les traumatismes dans la cure analytique. Bonnes et mauvaises rencontres avec le réel

43es Journées de l'École de la Cause freudienne.

Il y a une théorie spontanée du traumatisme. Ce qui ne pouvait arriver est arrivé. Face à l'impossible réalisé, le sujet est perdu, n'est plus celui qu'il était, ni pour lui-même ni pour les autres. Le symptôme éclate. La médecine, aidée de la science contemporaine, cherche alors une solution. C'est la réponse par effacement mémoriel – que tout puisse redevenir comme avant et que les hommes vaquent de nouveau à leurs occupations, comme l'exige l'impératif du lien social. Ça n'a pas eu lieu, parce que ça n'aurait pas dû avoir lieu.

La question devient : comment vivre après le traumatisme sans le traumatisme ? Pas de leçon à tirer du trauma. La psychanalyse, au contraire, considère que le trauma a bien eu lieu, qu'il a modifié le sujet et qu'il se présente comme l'envers d'un acte. La réalité psychique ne coïncide aucunement avec la réalité objective, factuelle ou de discours. Plus encore, la notion de traumatisme exige une nouvelle définition du fait et de l'événement, congruente avec le sujet de l'inconscient. Là commence la cure, dans l'intervalle de la fracture du sujet, de la perforation de sa réalité.

Sur ces points fixes, la machine à produire du sens s'emballe et s'épuise, affrontée à ce qu'aveuglément l'inconscient, réel, ne cesse de répéter. Quand ça se répète, à quelles conditions un « je » peut-il advenir ?

Lieu : Palais des Congrès

Renseignements :
Site : www.causefreudienne.net

Bron
Les 20 et 21 novembre 2013

Cinéma et psychiatrie du Vinatier

IIIes Journées cinéma et psychiatrie.

En contrepoint de la construction du nouvel hôpital du Vinatier sur son site historique ont été choisies comme thématiques de réflexion : les alternatives à l'hospitalisation. Hôpitaux de jour, accueils familiaux thérapeutiques, centres d'activité à temps partiel, soins médiatisés… autant d'expériences, autant de films à découvrir.

Renseignements :
Tél. : 04 37 91 50 23
Courriel : julie.guitard@ch-le-vinatier.fr

Parçay-Meslay
Les 21 et 22 novembre 2013

Adolescents auteurs de violences sexuelles et la famille

Colloque organisé par le Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles et le CHRU de Tours.

Le « symptôme » allégué, l'agression sexuelle, constitue la porte d'entrée d'une explication des dysfonctionnements familiaux. Sur quelle évaluation repose-t-elle ? Y a-t-il des « types familiaux » prédisposants ? Comment les intervenants auprès d'adolescents agresseurs sexuels peuvent-ils prendre en compte ces éléments d'analyse dans leur travail d'élaboration de ces situations ? Quelles synergies développer entre les professionnels, à partir de leurs places respectives dans les processus judiciaire, d'accompagnement, de soin ?

Lieu : Maison des sports de Touraine.

Renseignements :
Tél. : 02 18 37 05 98
Courriel : criavs.centre@chu-tours.fr
Site : www.criavs-centre.fr

Paris
Le 23 novembre 2013

Ordres et désordres du sexuel. Psychanalyse et anthropologie critique

Journée organisée dans le cadre des Rencontres-débat du CIPA.

La psychanalyse a fait du sexuel le chemin du psychisme et a mis en place des représentations retenant la distinction des sexes en tant que matrice fondamentale, réglant ce qui fait écart comme ce qui soude la logique de l'individu à celle du social. Si la stabilité de l'humanité repose sur les ordres du sexuel, *a contrario*, l'histoire de l'humanité ne cesse de témoigner des désordres auxquels elle est confrontée par les transformations, les exigences des civilisations, leurs normes et modèles à réinventer.

Actuellement, à la notion de loi pour tous s'est adjointe celle de la dignité de chacun, et à la dimension d'égalité la recherche d'un consentement entre partenaires sexuels. Ainsi le contrat commercial devient-il le paradigme d'une société néolibérale. Le législatif s'est rapproché du citoyen en faisant entrer le Droit dans un rapport direct avec les individus qui tentent de négocier leurs propres idéaux. Les avancées scientifiques surmontent la barrière des corps, amenant des situations impensables, défiant la séparation corps / esprit. Ces identités émergentes confrontent les individus, issus d'une société traditionnelle, à un non-savoir, à une perte des repères individuels, familiaux, de couple et de normes unitaires.

Ordres et désordres du sexuel pourront-ils être pensés ensemble, échapper ainsi aux formes de binarisation, dépasser l'image par la reconnaissance, entrer en dialogue ? Tenter d'humaniser le sexuel est la tâche civilisatrice qui incombe à chacun.

Lieu : FIAP – Salle Lisbonne

Renseignements :
Tél. : 01 47 34 82 38
Courriel : contact@cipa-association.org
Site : www.cipa-association.org

DÉCEMBRE

Toulouse
Les 5 et 6 décembre 2013

Le bébé et sa famille dans la ville

Ves Journées Spirale organisées par l'association Spirale et les éditions Érès.

« *Être homme veut dire : être sur Terre comme mortel, c'est-à-dire habiter…* »

M. Heidegger, dans « Bâtir, habiter, penser », en 1954, rappelait qu'entre l'Homme et l'habitat il y a toute une histoire, plus encore que l'on devrait écrire une anthropologie de l'intime en ses résidences multiples. Qu'en est-il, dès lors, du bébé et de sa famille, en ville ?

La ville ne saurait se penser ou se décrire dans les termes du couple sujet / objet : l'enfant serait le sujet, et la ville l'objet. Comme l'être au monde de Heidegger, y aurait-il un être en ville ? La ville ne serait-elle pas une expérimentation pour l'enfant, un lieu d'expérience qu'il

découvre, explore, imagine, symbolise : il y joue et en joue ? Quels engagements politiques, citoyens, façonnent les villes d'aujourd'hui, les lieux où sont accueillis, soignés, éduqués les petits enfants ?
Lieu : Théâtre national de Toulouse

Renseignements :
Tél. : 05 61 75 40 81
Courriel : contact@spirale-bebe.fr
Site : www.spirale-bebe.fr

Paris
Les 6 et 7 décembre 2013

L'autre, le semblable, le différent…
XIIIe Colloque Gypsy organisé par René Frydman et Muriel Flies-Trèves.
Mettre au monde…en laissant le hasard du génotype déterminer les différences et les ressemblances, le singulier et le semblable, l'unique et le commun. Prolongement de soi, l'individu issu de l'ADN de ses parents n'en est pas moins un nouvel humain, ne se résumant pas à la somme des deux patrimoines génétiques. S'il en est de même pour les enfants nés grâce aux techniques biomédicales, ces dernières bousculent et réaménagent les schémas de pensée sur la maternité, la paternité, mais aussi l'altérité.
Les figures additionnelles du donneur et de la donneuse de gamètes dans les couples, les maternités tardives, l'homoparentalité, la sélection des embryons dans les maladies génétiques, le choix du sexe, nous obligent à considérer l'être à qui l'on donne vie avec d'autres repères que ceux habituellement mis en œuvre. Le débat se prolonge autour d'enjeux qui sont déjà une réalité. Implémenter les technologies qui tiennent au corps, comme les *Googles Glass* et bientôt l'*iwatch*, remplacer des membres par des prothèses ou être soigné par des cellules souches, le placement de mircopuces, ce couplage entre cybernétique et nature humaine modifie-t-il notre notion du semblable ?
Lieu : Faculté de médecine, amphithéâtre Binet

Renseignements :
Tél. : 01 43 34 76 71
Courriel : jscongres@wanadoo.fr
Site : www.gypsy-colloque.com

Paris
Du 11 au 13 décembre 2013

Des formations aux pratiques professionnelles : avancées majeures et nouveaux défis pour la psycho-oncologie
30e Congrès de la Société française de psycho-oncologie.
Depuis plus de trente ans, la Société française de psycho-oncologie se mobilise pour développer le soin psychique au cœur des prises en charge en cancérologie. Du dépistage des cancers à la recherche clinique, de la consultation d'annonce aux soins à domicile, les patients et les proches doivent être reconnus et pris en compte dans leur subjectivité et leurs particularités psychopathologiques. Cela implique l'intégration et l'accessibilité, dans la chaîne des soins en cancérologie, de professionnels de soin psychique formés, à même de rendre compte de cette individualité et de favoriser une réelle prise en charge globale, dans le respect de la personne.
Lieu : Cité internationale universitaire, Maison internationale

Renseignements :
Sfpo
Tél. : 05 57 97 19 19
Site : www.sfpo.fr

Boulogne-Billancourt
Le 14 décembre 2013

Violences dans la famille
Colloque organisé par le laboratoire de psychologie clinique et de psychopathologie (Lpcp) de Paris-V et l'unité transversale de recherches : Psychogénèse et psychopathologie (UTRPP) de Paris-XIII.
Le champ social est régulièrement traversé par les interrogations que suscitent les violences intrafamiliales ; celles-ci sont aujourd'hui mieux repérées qu'auparavant, la société actuelle refusant le silence qui pouvait autrefois peser sur ces situations. Les violences exercées dans la famille sont paradigmatiques de toutes formes de violence. Pour les cliniciens, ces situations extrêmes révèlent dans la douleur le fond limite de toute humanité, en lien avec la place de chacun dans l'espace familial, ce groupe primaire.
Lieu : Institut de psychologie

Renseignements :
Tél. : 01 55 20 57 23 (lundi matin)
Courriel : colloquelibrasso@gmail.com

FÉVRIER 2014

Paris
Le 1er février 2014

Le poids du corps à l'adolescence
Colloque organisé par le Collège international de l'adolescence.
Le poids du corps est aujourd'hui un véritable problème de santé publique.
Si le corps est l'objet des plus grandes préoccupations auxquelles les transformations de la puberté confrontent l'adolescent, les difficultés psychologiques qui sont associées à la régulation de son poids témoignent de son désarroi que peuvent susciter l'intégration du corps sexué et le deuil de l'enfance. Mais, alors que la tyrannie culturelle de l'esthétique et de la minceur est dénoncée, le nombre impressionnant d'adolescents trop enrobés ou manifestement obèses ne semble pas mobiliser les programmes de prévention ou les institutions thérapeutiques.
Quels facteurs concourent à l'obésité ? Comment prévenir le piège dans lequel peuvent enfermer l'environnement, l'histoire infantile et la culture familiale ? Comment définir, pour ces sujets en devenir, un abord psychothérapeutique dans une approche pluridisciplinaire ?
Lieu : Espace Reuilly

Renseignements :
Tél. : 01 46 33 70 47
Courriel : colloquecila2014@yahoo.fr
Site : www.cila-adolescence.com

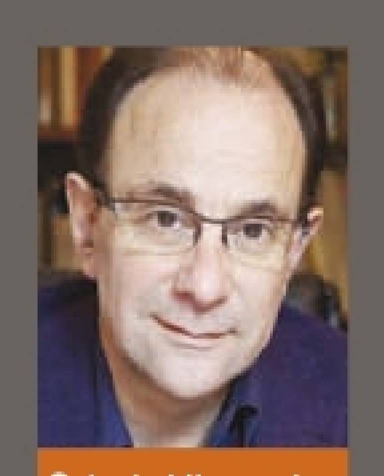
Paris
Le 1er février 2014

Les paradoxes de la dépendance et leurs devenirs dans les groupes
Colloque organisé par l'Institut français d'analyse de groupe et de psychodrame.
Lieu : Institut français d'analyse de groupe et de psychodrame

Renseignements :
Tél. : 01 45 88 23 22
Courriel : ifagp@club-internet.fr
Site : www.ifagp.fr

La périnatalité à la croisée des pratiques

Pour une psychologie clinique interdisciplinaire de la périnatalité



Sylvain Missonnier
Psychologue clinicien
Professeur de psychologie clinique de la périnatalité, université Paris-Descartes Sorbonne Paris Cité
Directeur du laboratoire PCPP (EA4056)
Psychanalyste membre de la SPP
www.rap5.org

La psychologie clinique périnatale se donne deux objectifs indissociables :

• accueillir les dysharmonies relationnelles parents-embryon / fœtus / bébé, ainsi que les souffrances familiales ;

• engager une réflexion clinique et éthique sur les conditions d'existence d'une fonction soignante bientraitante.

Dans ce contexte, elle occupe aujourd'hui une place privilégiée pour relever les défis d'une clinique contemporaine riche de sa diversité.

Tout d'abord, parce qu'elle est centrée sur les mille et une variations psychologiques et psychopathologiques de la rencontre fondatrice du devenir parent et du naître humain.

Ensuite, parce qu'elle est à l'œuvre dans de multiples cadres libéraux et institutionnels, indissociables des stratégies préventives en réseau.

Enfin, parce que, au cœur de la rencontre interdisciplinaire, elle représente une interface fédératrice ne relevant pas d'un monopole corporatiste exclusif, mais d'une construction mutuelle innovante.

Pour insuffler à ce dossier cette dynamique interdisciplinaire identitaire, la formalisation qui s'est imposée est celle du débat clinique à plusieurs voix, au plus près de ce que vivent, au quotidien, les divers soignants du périnatal.

Dans un premier temps, je me suis donc attelé à planter le décor en définissant la psychologie clinique périnatale et en mettant en exergue les enjeux princeps. Ensuite, la contribution de Nathalie Presme, pédopsychiatre, puis celle de Micheline Blazy, obstétricienne, présentent les spécificités de leurs interventions en périnatalité, et notamment lorsqu'elles prennent sens dans cette dynamique interdisciplinaire.

Pour illustrer l'intérêt et la nécessité d'un tel maillage interdisciplinaire, deux articles, qui constituent le cœur même du dossier, sont dédiés à la discussion de concrétions fictives mais emblématiques de plusieurs trajectoires cliniques.

Celle de Sandra, tout d'abord – livrée par Micheline Blazy et discutée par Odile Tagawa, sage-femme, Nathalie Boige, gastropédiatre, et par Nathalie Presme –, dont le parcours périnatal ouvre sur les thématiques de la grossesse adolescente, des vomissements gravidiques, des menaces d'accouchements prématurés (MAP) et du deuil prénatal.

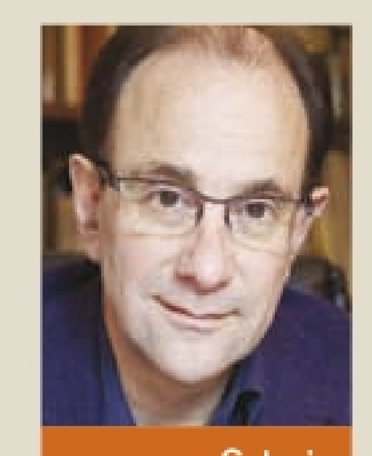
Celle de Madame B, Monsieur B et Hugo, ensuite, dans laquelle Nathalie Presme témoigne de son travail avec ce couple avant et après la naissance d'Hugo, un deuxième enfant qui naît après une première grossesse induite par procréation médicalement assistée (PMA) et ponctuée d'angoisses redoutables et d'une dépression postnatale. Nathalie Boige complète ce récit en revenant sur le parcours des consultations de gastropédiatrie qu'elle a mené avec cette famille, et Micheline Blazy y réagit également pour évoquer ces situations spécifiques d'une deuxième grossesse spontanée après une PMA.

S'appuyant sur ces deux cas cliniques, Odile Tagawa revient sur les prémices qu'elle juge nécessaires à un exercice pluridisciplinaire véritable et profitable à tous.

Enfin, pour conclure ce débat interdisciplinaire, je plaide en faveur de la portée heuristique de la psychologie clinique périnatale.



DOSSIER
La périnatalité à la croisée des pratiques



Sylvain Missonnier

Psychologue clinicien

Professeur de psychologie clinique de la périnatalité, université Paris-Descartes Sorbone Paris Cité

Directeur du laboratoire Pcpp (ea4056)

Psychanalyste membre de la Spp

Périnatalité : Interdisciplinarité et

Reconnaître les multiples scénarios de crises et de ruptures du naître humain, du (re)devenir parent et du rester soignant pour tenter d'accompagner au mieux ces trajectoires humaines, tel est l'objectif de ces professionnels qui se consacrent, avec créativité et vulnérabilité, à dépasser le clivage entre psyché et soma pour relever le défi d'une psychologie clinique périnatale pluridisciplinaire. Définition et contour des enjeux princeps.

Avant, pendant et après la naissance, la femme (re)devenant mère et l'homme (re)devenant père conçoivent, attendent, puis accueillent un enfant. Cette métamorphose individuelle, conjugale, familiale et collective constitue un axe majeur anthropologique de la filiation familiale verticale et de l'affiliation sociale horizontale.

Les territoires humains de cette mutation sont la personne, le couple, éventuellement la fratrie, la famille nucléaire et élargie, l'ethnie et la société.

La chronologie de cette transformation est celle de la grossesse et de l'après-naissance, une durée plus étendue que celle de la première définition de la périnatalité. De fait, elle a été définie au départ par des pédiatres néonatalogistes comme une période de vie du fœtus / nouveau-né de seize semaines qui s'étendent de sa vingt-huitième semaine de vie intra-utérine au septième jour de sa vie postnatale.

Dans le cadre qui est le nôtre, celui de la psychologie clinique, la périnatalité est nettement plus large. Elle débute avec la gestation et s'étend, selon les référentiels, des ancestraux quarante jours post-partum à la fin de la première année.

Contrairement à la périnatalogie des pionniers de la néonatalogie, l'espace-temps de la périnatalité ne se centre pas seulement sur l'axe développemental du fœtus / bébé « isolé ». Il concerne électivement une « *série complémentaire* » (Freud, 1916-1917) de quatre sujets dont la constante interactivité témoigne d'une homéostasie commune : celle du fœtus / bébé, sujet en devenir ; celles des parents, de la famille élargie, de la communauté d'appartenance ; celle des soignants ; celle de la société.

De plus, la psychologie clinique englobe, chez le sujet et le groupe, la double processualité croisée de la réalité événementielle externe (matérielle) et de la réalité psychique interne. En périnatalité, l'intrication de ces deux formes de réalité sera constante, en particulier chez les trois acteurs principaux en présence : l'embryon / fœtus / bébé, les parents et les soignants. Et, dans une vision résolument intersubjectiviste, les réalités interne et externe de chacun d'entre eux seront *a priori* perçues comme recevant et exerçant constamment une influence mutuelle des deux autres. En d'autres termes, les embryons / fœtus / bébés, (re)devenant parents et soignants, seront envisagés dans cet espace-temps périnatal comme élément d'un tryptique pluriel mais unitaire dans son homéostasie interpersonnelle.

Enfin, la psychologie clinique se doit de relever le défi de s'opposer au clivage entre la psyché et le soma qui parasite le soin médical occidental.

En périnatalité, les processus de maternalité et d'épigenèse du fœtus / bébé sont paradigmatiques d'une intrication somato-psychique. *Mutatis mutandis*, celle de la paternalité est moins évidente, mais ne l'est pas moins. Toute approche soignante qui vient dénier cette dialectique est en risque de iatrogénie.

psychologie clinique

Face aux menaces scientistes d'hypermédicalisation déshumanisante de la parentalité et de la naissance, la réflexivité interdisciplinaire inhérente à la mise en œuvre d'une psychologie clinique périnatale constitue une force d'opposition.

LES ENJEUX DU CHAMP PÉRINATAL

Pour un clinicien du devenir parent et du naître humain, il est légitime d'affirmer que l'état des lieux de la politique de santé d'un pays en matière de périnatalité est un marqueur d'une grande fidélité de son degré de civilisation. Les moyens matériels alloués et les stratégies préventives primaires et secondaires engagées reflètent peu ou prou sa reconnaissance de l'importance de cette période charnière pour les citoyens en devenir et les conditions parentales et soignantes.

Dans ce tableau, les cadres juridiques et éthiques périnatals d'une nation représentent des données typiques et surdéterminantes. Les débats, souvent les polémiques, autour de l'adoption, de la gestation pour autrui, de l'homoparentalité, de la procréation médicalement assistée, du statut du fœtus, du diagnostic anténatal… en attestent abondamment.

Comme la clinique en témoigne, ces aspects politiques, juridiques, éthiques et sociologiques, leurs racines et évolutions historiques, ne sont jamais absents des questions abordées. Pour autant, la psychologie clinique périnatale se centre avant tout sur le sujet biopsychique dans sa double valence intrapsychique et interpersonnelle. Aussi, les enjeux, en termes de psychologie clinique de la périnatalité, se poseront essentiellement dans ce dossier en termes de trajectoires humaines (individuelles et collectives), dont le chapitre périnatal occupe une place capitale :

- soit au moment inaugural où l'embryon / fœtus / bébé naît humain ;
- soit au moment où cet ex-embryon / fœtus /bébé (re)devient parent ;
- soit au moment où cet ex-embryon / fœtus / bébé (devenu parent ou non) est soignant en périnatalité.

Dans le premier cas, la périnatalité est fondatrice.
Dans le deuxième, elle est intimement commémorée.
Dans le troisième, elle est professionnellement investie.
Dans tous les cas, la périnatalité est indissociable de l'écart entre origine et originalité. Cet écart fondateur est une variable anthropologique fondamentale dont l'épaisseur représente l'identité humaine biopsychique. Deux réseaux s'y entremêlent inextricablement : un réseau de facteurs endogènes : génétiques, biologiques, intrapsychiques… et un réseau de facteurs exogènes : métaboliques, alimentaires, écologiques, interpersonnels, culturels…

L'unicité inaliénable de chaque être tient dans la singularité du processus d'actualisation permanent de cet écart : on le nommera « épigenèse » en biologie, « intersubjectivation » en psychologie clinique. Telles les deux faces de Janus, épigenèse et intersubjectivation liées constituent la trajectoire humaine.

L'axe majeur générationnel épigénétique et intersubjectif suit, pour le meilleur et pour le pire, cet écart plus ou moins différenciateur entre origines et originalité. Mais, quoi qu'il en soit, les enjeux essentiels des scénarios périnatals pour les parents, les enfants à naître ou nés et les soignants se distribuent entre comédies humaines et tragédies. Et ce sont bien, justement, la proximité, la labilité et la réversibilité entre variations de la « normale » de la comédie de la vie et les pathologies morbides de la tragédie qui caractérisent l'objet de la psychologie clinique périnatale. D'ailleurs, une de ses vertus emblématiques est bien de s'adresser tant aux variations de la normale qu'aux pathologies, ce qui tombe ici à pic. C'est en cela que son orientation psychanalytique en filiation directe avec l'héritage freudien est, dans ce contexte, si essentielle : →

→ il n'y a pas de différence de nature entre les figures de la normalité et du psychopathologique, il n'y a que des différences de degrés. Eros et Thanatos sont étroitement liés dans la chorégraphie périnatale. Ils le sont, dans le meilleur des cas, dans une ambivalence d'une amplitude tempérée.

Le paradoxe humain est typiquement à son comble dans l'espace-temps périnatal : hommes et femmes mortels s'inscrivent dans une éternité générationnelle faute d'une éternité individuelle. Les enjeux narcissiques en présence de la transaction mort / éternité sont tels pour tous que le moindre faux-pas risque de faire basculer la comédie d'une éternité par procuration dans la tragédie d'une finitude sans filiation, d'une mort sans promesse d'éternité générationnelle.

Pour toutes ces raisons, les conséquences cliniques de ce postulat de la continuité entre normalité et pathologie et de la potentialité tragique (traumatique) de la crise périnatale sur l'éthique du soin et la conception des stratégies de prévention sont cruciales : elles doivent favoriser des interventions prévenantes à l'abri de la stigmatisation soignante qui surveille et punit les errances de la parentalité en entretenant, sinon en amplifiant, ses dysfonctionnements.

La psychologie clinique périnatale est dédiée aux multiples scénarios de crises et de ruptures du (re)devenir parent, du naître humain et du rester soignant.

En psychologie clinique périnatale, le soin interdisciplinaire fonde son action sur la reconnaissance du caractère de crise de ce segment périnatal de la vie infantile ou adulte. Cette crise est virtuellement source de créativité (crises maturatives) et de vulnérabilité (ruptures délétères). Mais, point névralgique, l'une et l'autre ne sont pas perçues comme des entités nosographiques clivées et statiques, mais bien, *a contrario*, comme deux pôles entre lesquels les mille et un parallèles variables et évolutifs singuliers des embryons / fœtus / bébés, des parents et des soignants vont se distribuer et interagir chemin faisant. La psychologie clinique périnatale est dédiée aux multiples scénarios de crises et de ruptures du (re)devenir parent, du naître humain et du rester soignant.

PAS DE PSYCHOLOGIE CLINIQUE PÉRINATALE SANS INTERDISCIPLINARITÉ

Pour témoigner de la complexité de la clinique périnatale d'aujourd'hui et relever le défi d'en édifier une psychologie clinique interdisciplinaire, il est nécessaire de faire appel, comme dans ce dossier, à des ambassadeurs des grandes corporations qui en constituent les déclinaisons collectives institutionnelles, libérales et en réseau.

Cette évidence n'a pas toujours été de mise et, à une exception notable près, le *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique* de Sylvain Mimoun (1999), les ouvrages génériques francophones de psychologie, psychopathologie et psychiatrie périnatales ont été rédigés par des psychiatres, psychologues et psychanalystes.

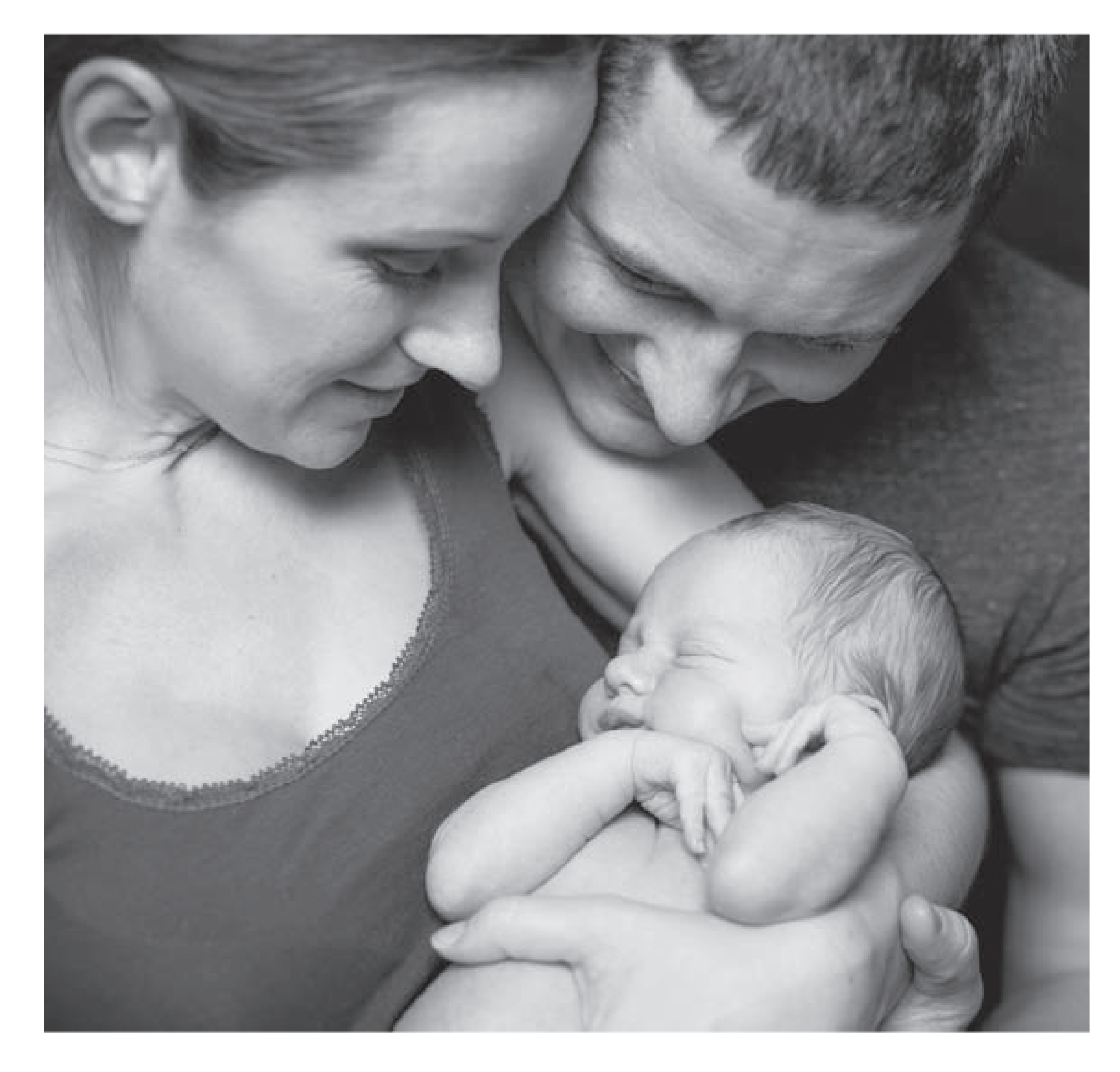
Ne nous y trompons pas : à convier ici une sage-femme, une obstétricienne et une pédiatre [1] à venir partager la rédaction de ce dossier avec une psychiatre et un psychologue, est une véritable revendication clinique et épistémologique, dont le message mérite d'être explicitement formulé :

- les psychiatres et les psychologues n'ont pas le monopole de l'accueil, de la compréhension, du soin des crises et des ruptures biopsychiques périnatales. Ils en sont un maillon militant et fédérateur dans une équipe et un réseau ;
- bien au-delà de la formation académique des professionnels et de l'histoire de la médecine, c'est la synergie entre les compétences des « somaticiens » et celles des « psychistes » pour une approche holistique du sujet qui peut prétendre à une efficacité thérapeutique, une légitimité éthique, tout en respectant les vocations professionnelles initiales de chacun et leur maturation. Le tuilage entre ces compétences respectives fonde le territoire commun de la psychologie clinique périnatale. Les spécificités en constituent les déclinaisons spécialisées. Un échographiste annonçant une grave anomalie fœtale à des parents, puis s'investissant dans le suivi du couple, simultanément, joue sa propre partition (déclinaison spécialisée), mais aussi échange, partage avec l'équipe et le réseau (dont le psychiatre et-ou le psychologue est membre) ;
- le travail de réflexivité critique inhérent à l'exercice partagé de la psychologie clinique est une interface entre chaque spécialité impliquée dans le soin périnatal ; il impose un labeur de liaison intersubjective qui trouvera sur sa route les répétitions et résistances de chacun. C'est bien pourquoi les modalités intra et interdisciplinaires (reprises cliniques, groupes de parole, exposé d'une situation dans le cadre d'une formation en réseau, groupe Balint, intervision [2]...), quand elles existent, sont des hauts lieux de cette élaboration du négatif qui plonge ses racines dans la richesse de l'après-coup, condition *sine qua non*

de la réflexivité. En institution et en libéral, les psychiatres et les psychologues ont certainement un rôle de premier plan pour impulser et maintenir pérenne cette réflexivité collégiale. Elle restera lettre morte, si elle n'est pas un objet transversal commun.
Au fond, il y a, dans cette revendication, la volonté de rendre compte de la suffisamment bonne « *efficacité symbolique* » (Levi-Strauss, 1962) interdisciplinaire du soin quotidien sur le terrain. Quand, dans le meilleur des cas, elle advient, elle constitue le plaidoyer le plus convaincant contre le clivage entre somaticiens et psychistes. Bien sûr, face à l'inertie de la ligne de démarcation entre soins psychiques et soins somatiques, il serait naïf de croire que cette synergie est aujourd'hui acquise dans les institutions et les réseaux périnatals. Cette direction existe actuellement sur le terrain, elle aussi, avec créativité et vulnérabilité, et ce texte collégial prétend en soutenir les efforts et aussi à en illustrer le plaisir à les fournir. Cette militance interdisciplinaire se fera pour autant sans angélisme phobique de toute contradiction. C'est bien, en effet, dans l'ambivalence quotidienne d'une conflictualité reconnue et cultivée que l'interdisciplinarité se construit au fil du temps, au gré des avancées et des régressions, c'est-à-dire de la fécondité du travail du négatif.

DÉFINIR LA PSYCHOLOGIE CLINIQUE PÉRINATALE

En étroite filiation avec l'histoire hexagonale de la psychologie clinique, la psychologie clinique périnatale revendique être une fenêtre ouverte sur la réalité psychique consciente / inconsciente, subjective / intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent et de naître humain.
Comme nous le verrons avec les illustrations cliniques qui seront présentées dans les différents articles à suivre, le processus de parentalité périnatale correspond, en effet, à une amplification singulière des transformations biopsychiques et des processus d'associativité / inhibition-dissociation inhérents. Cette métamorphose parentale correspond aux extrêmes, à une crise à double valence potentielle : traumatique et-ou cathartique.
Pour le meilleur et pour le pire, la parentalisation met transitoirement en exergue des éléments typiques de la structure et des contenus de la réalité psychique du sujet. Monique Bydlowski (1991), une des premières psychanalystes françaises à s'être penchée sur la clinique périnatale, après Hélène Deutsch (1949), Grete L. Bibring (1959) et Thérèse Benedek (1959), a parlé, à cet égard, de la « *transparence psychique* » de la femme enceinte.
Mais, élément cliniquement et techniquement central pour notre définition de la psychologie clinique périnatale, cette « *transparence psychique* » parentale, n'est *a priori* que virtuelle. L'actualisation relative [3] de ses mises en sens n'est qu'une potentialité qui sera justement, de fait, confirmée ou non. La majoration de l'associativité inhérente au vécu périnatal ne correspondra à des



opportunités subjectivantes que dans la mesure où les dispositifs internes et externes de l'appareil psychique du sujet, de ses espaces intersubjectifs conjugal, familial, professionnel, et liés au suivi médico-psycho-social périnatal (maternité, néonatologie, pédiatrie, PMI, lieux d'accueil, libéraux, réseaux périnatals…) seront ou non propices à sa contenance élaborative. La contrainte de cette condition sera décuplée dans le cas de grossesses / naissances médicalement « pathologiques » et-ou de troubles de la parentalité et de dysharmonies précoces parents / fœtus / bébé, etc. →

Notes

1. Ce dossier, faute de place, est malheureusement privé de l'éclairage de la puéricultrice et de l'assistante sociale.

2. Selon l'heureuse expression d'André Carel.

3. Le terme de « transparence » risque de véhiculer l'illusion d'une transparence totale. Une telle chimère méconnaîtrait l'irréductible inconscient tant de la parturiente que de ses interlocuteurs.

Aussi, la première face de l'objet de la psychologie clinique périnatale sera l'exploration du quotidien de la réalité psychique consciente / inconsciente, subjective / intersubjective du sujet en situation de (re)devenir parent, naître humain et être soignant sous ses formes « normales » / « pathologiques », individuelles, conjugales et groupales.

L'attention envers les possibilités des parents et des soignants à bénéficier de cadres intimes, privés et institutionnels propices à la métabolisation de cette amplification de la processualité associative verbale et non verbale (en particulier somatique) inhérente aux transformations biopsychiques de la parentalisation et à son accompagnement professionnel, constitue la deuxième face de l'objet de la psychologie clinique périnatale.

Cette observation clinique contenante de l'existant chez tous les acteurs en présence et la stimulation tout-venant des potentialités de métabolisation de cette associativité verbale / non verbale correspondent aux stratégies de prévention médico-psycho-sociale primaire de la psychologie clinique périnatale.

Elles n'ont de sens et d'existence effective que dans l'interdisciplinarité collégialement élaborée.

Avec une territorialité commune essentielle avec la prévention primaire, la prévention secondaire désigne la mise à disposition de dispositifs de rencontre intersubjective pour des parents et des soignants habités par des obstacles inhibiteurs-dissociatifs muselant la métabolisation de la processualité associative verbale / non verbale et à la mise en sens subjectivante de sa phénoménologie.

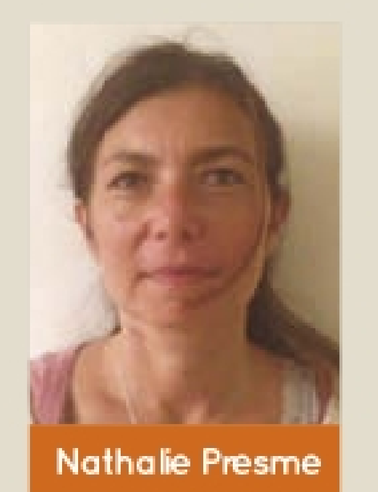
La psychologie clinique périnatale n'a de sens et d'existence effective que dans l'interdisciplinarité collégialement élaborée.

L'inclusion dans la psychologie clinique du « normal » et du « psychopathologique » et, partant, des préventions primaire et secondaire, est essentielle à sa version périnatale. De fait, comme nous allons le voir, l'histoire de la psychologie clinique périnatale démontre caricaturalement combien est insatisfaisante et maltraitante pour les parents et le fœtus / bébé une attention sur les seuls cas « bruyants », objets d'une réponse psychiatrique ponctuelle. L'élargissement de la psychiatrie de liaison et de la psychologie clinique périnatale aux variations de grande amplitude en périnatalité de la « normale » et à une attention soignante interdisciplinaire prévenante tout-venant (prévention primaire) a été source d'une humanisation de la naissance et d'une reconnaissance des pathologies masquées, muettes ou visibles (prévention secondaire).

En effet, les signes de souffrance « ordinaires » en périnatalité risquent d'être ignorés ou banalisés et d'évoluer souterrainement : la récurrence, encore sous-estimée en périnatalité, des troubles anxieux, thymiques, psychosomatiques, des dysharmonies relationnelles familiales, des troubles psychosomatiques du nourrisson... démontre aisément cet aveuglement culturel.

Dénonçant le mirage d'une « normalité » médicale conformiste de la parentalité (c'est-à-dire défensivement idéalisée et source d'exclusions violentes), la prévention primaire en périnatalité se justifie par la très grande variabilité individuelle de la nature, du contenu et de la chronologie de la maturation anticipatrice parentale du fœtus / bébé. En réponse aux singularités de cette prévention parentale spontanée, la prévention institutionnelle tentera d'être « sur mesure » et bienveillante. Dans un souci éthique constant, sans naïveté sur les nombreuses dérives d'une prévention scientiste et maltraitante, elle proposera une trame rituelle interdisciplinaire favorisant la reconnaissance, l'accueil partagé et la mise en sens des ondes de choc potentielles de cette crise oscillant entre vulnérabilité et créativité.

DOSSIER
La périnatalité à la croisée des pratiques



Nathalie Presme
Pédopsychiatre
Psychothérapeute
Praticien hospitalier

Pédopsychiatrie et interdisciplinarité

Le rôle du pédopsychiatre en maternité, dans cette perspective interdisciplinaire, s'inscrit dans la globalité de la prise en charge tant du processus de parentalité, que du vécu de chacun, futurs mère et père, bébé à venir, et des autres professionnels qui seront eux aussi centrés sur ce même couple ou ce même bébé. Il s'agira de parvenir, notamment, à créer un langage commun avec les divers intervenants, à respecter la temporalité de chacun et à accueillir les ressentis, les doutes ou l'ambivalence des affects.

C'est en qualité de pédopsychiatre de liaison d'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile que j'interviens, quatre demi-journées par semaine, dans une maternité de la région parisienne en lien avec l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux du service de gynécologie-obstétrique (obstétriciens, sages-femmes, psychologues, assistantes sociales, infirmières, etc.) et avec les partenaires de l'extrahospitalier (sur le secteur, dans les PMI, en libéral, dans les CMP, etc.).

Le rôle du psychiatre à la maternité ne se substitue pas à celui du psychiatre de ville, du médecin généraliste ou de celui du CMP adultes, même si une femme qui présente un trouble mental peut être en rupture de soins depuis des années. Il s'inscrit dans la globalité de la prise en charge à la maternité, centrée sur le processus de parentalité et concerne la femme, mais aussi le couple et le bébé à venir. Sa démarche est complémentaire.

Chaque femme enceinte peut ainsi bénéficier, selon ses besoins spécifiques, d'un suivi par une équipe pluridisciplinaire pour un accompagnement prenant en compte non seulement la dimension médicale de la grossesse, mais aussi ses dimensions sociale, psychique, culturelle, familiale et environnementale.

La pluridisciplinarité, mais surtout son corollaire, l'interdisciplinarité, signifient que plusieurs professionnels de disciplines, de formations, de compétences différentes vont travailler ensemble, au service d'une femme en attente de grossesse ou déjà enceinte, d'un couple et d'un bébé qu'il soit à l'état de projet, conçu ou déjà né (Stoléru, 1989), afin de prévenir la survenue de troubles ou d'apporter des soins aux diverses perturbations, dont les difficultés sont d'ordre psychique, présentées par la mère, le père ou le bébé, et dans leurs liens respectifs.

Pour entamer la réflexion sur le sujet de l'interdisciplinarité, je me suis replongée au cœur de mes années d'internat en psychiatrie, au cours desquelles j'ai fait l'expérience de résistances importantes qui ont accompagné mes premières tentatives d'être sur le terrain à la rencontre des mères, des pères et des bébés. On m'appelait alors pour « voir » Madame Untel qui posait un problème sur le plan psychiatrique, mais qui devait sortir le jour même, ses valises étant déjà bouclées.

Cette aventure à plusieurs était semée d'embûches, de nœuds, d'incompréhensions, de résistances, d'agir, mais aussi de richesses prometteuses, de découvertes, d'apprentissage, dans un bel éloge de l'altérité ! Nous devions apprendre à nous connaître et à nous faire confiance, apprendre à échanger, à nous parler une langue commune et à partager des histoires cliniques. Et, pour ma part, apprendre à aller à la rencontre des femmes et des couples dès le temps prénatal et être à l'écoute de toute cette dimension psychique du processus de parentalité.

Il a aussi fallu apprendre à travailler avec les sages-femmes, les assistantes sociales, les infirmières, les médecins, les psychologues, etc., et en binôme dans certaines situations. Nos échanges, informels dans les premiers temps, →



se sont institutionnalisés lors d'un staff de parentalité hebdomadaire. Ce staff médico-psycho-social est aussi ouvert aux professionnels de l'extra-hospitalier lorsqu'ils souhaitent présenter une situation repérée sur le secteur. Cette réunion est aujourd'hui au cœur de notre travail interdisciplinaire.
En complémentarité du travail de consultation, l'interdisciplinarité offre aux parents – si les professionnels fonctionnent bien ensemble, de manière liée et souple, dans un respect des places de chacun – la possibilité de vivre une expérience de bienveillance et de contenance dans la relation à l'autre. C'est parfois l'occasion, pour certaines femmes, de découvrir qu'elles peuvent avoir l'attention d'un autre, des médecins, des sages-femmes, pas nécessairement le psychologue ou le psychiatre, pour ce qu'elles vivent et pour ce qu'elles ressentent, à savoir un autre capable de recevoir des vécus émotionnels sans se désorganiser. Néanmoins, certaines femmes ne supportent pas cette attention bienveillante, tant cela les renvoie à leurs manques affectifs, à tout ce qu'elles n'ont pas connu.

L'INTERDISCIPLINARITÉ

Du côté des professionnels

• L'interdisciplinatité ne peut fonctionner que si chacun des professionnels a intériorisé dans son propre psychisme la présence des autres professionnels et pense qu'il fait lui-même partie d'une équipe qui pensera à lui.

• Elle implique de pouvoir penser aux autres, même en leur absence. Dans cette idée, nous avons mis en place une fiche de liaison « psy », reconnaissable dans le dossier par sa couleur bleue, destinée à la sage-femme qui recevra la patiente au moment de son accouchement. Le plus souvent, dans les grandes maternités, la sage-femme de garde aux urgences ou en salle de naissance ne connaît pas la femme. L'objectif de la fiche est donc de lui transmettre, en quelques lignes seulement, les éléments qui l'aideront à mieux accompagner cette femme au moment de la naissance. Par exemple, signaler une anxiété importante, un antécédent de perte périnatale, un antécédent de dépression pré ou postnatale, une pathologie mentale connue, les traitements en cours et leurs posologies, les noms des correspondants connaissant cette patiente et leurs numéros de téléphone, ainsi que certaines préconisations comme la prévision d'une durée de séjour plus longue en suites de couches (plus de trois jours pour une voie basse, plus de quatre jours pour une césarienne), etc. Il est très intéressant de remplir cette fiche avec la patiente lors d'une consultation, en lui proposant de réfléchir à ce qu'elle-même souhaiterait transmettre. La fiche est insérée dans les premières pages du dossier médical. Elle est appréciée des sages-femmes, même s'il peut arriver qu'elle ne soit pas lue !

L'interdisciplinatité implique également de se faire comprendre et de trouver un langage commun qui permette de partager la clinique et d'échanger.

• L'interdisciplinarité doit être pensée par le professionnel comme bénéfique pour la patiente.

• Cela nécessite de s'intéresser, de respecter et de se sentir concerné par les champs de compétence des autres professionnels.

• Il s'agit aussi d'accepter que l'écoute ne relève pas de la seule compétence du « psy ». Chaque femme choisit à qui elle a envie de faire part de ses émotions et de ses angoisses. C'est au professionnel d'accepter d'en être le réceptacle et de nous solliciter soit pour échanger ensemble dans une démarche indirecte, soit pour proposer à la patiente de prendre un rendez-vous de consultation avec nous.

• L'interdisciplinatité implique également de se faire comprendre et de trouver un langage commun qui permette de partager la clinique et d'échanger.

• Elle implique tout autant de respecter la temporalité de chacun. Le psychiatre est souvent attendu par les collègues pour donner une évaluation, une autorisation de sortie, un traitement dans une démarche médicale du soin qui peut être nécessaire, mais qui peut gêner la position d'écoute de



nature plus psychothérapeutique que certaines patientes enceintes engagent d'emblée lors de la rencontre.

Du côté de la patiente

• L'interdisciplinarité doit permettre à la patiente de pouvoir repérer la fonction de chacun dans l'équipe pour savoir à qui elle s'adresse. Il est important de se présenter de manière authentique, même si le signifiant « psychiatre » est associé, dans les représentations collectives, à la folie et à la maladie mentale. Il est rare, lorsque nous nous présentons, qu'une femme refuse de nous rencontrer.

• La patiente doit savoir que les professionnels qui assurent son suivi seront en lien et que ce qui sera transmis sera réfléchi et respectera son intimité psychique.

En effet, l'interdisciplinarité nécessite de définir les bases de ce qui sera échangé avec les autres professionnels. Il n'est pas question de tout dire ni de dévoiler l'intimité d'une patiente, mais de toujours réfléchir à ce qu'il est nécessaire de transmettre pour mieux affiner un projet de soins ou pour donner des outils de compréhension aux autres intervenants concernés.

Au fil des situations vécues sur le terrain, c'est une véritable alchimie groupale qui s'organise entre les différents membres d'une équipe. Il suffit parfois d'une personne, sensitive, perverse ou trop fragile à un moment donné pour désorganiser une équipe ou, au contraire, d'un professionnel sécurisant et bienveillant pour tenir l'ensemble dans le respect de la parole et de la place de chacun, même si des oppositions et des désaccords peuvent émerger. À l'image du roseau de Jean de La Fontaine, les liens du groupe, pour rester au service des parents et des bébés, peuvent plier, mais ils ne doivent pas rompre.

Les situations difficiles sont toujours une mise à l'épreuve de nos liens. Les femmes qui souffrent de pathologie mentale engendrent souvent beaucoup d'angoisses et de clivages dans les équipes (en fonction des identifications de chacun, à la mère ou au bébé). D'autres situations, en apparence plus banales, nous font vivre des émotions denses, parfois éprouvantes. Certaines nous font dysfonctionner, activent des rivalités ou des clivages entre « les bons et les mauvais professionnels ». Par exemple, Madame F, qui, après de longs mois d'accompagnement par l'ensemble de l'équipe, ne parvient toujours pas à se réjouir de l'arrivée prochaine de son bébé, continue à se plaindre sans cesse des professionnels « *qui ne sont jamais là quand il le faudrait, parce que personne ne* [l']*écoute* » et qui épuise tout le monde par son insatisfaction permanente. Ce sont alors le découragement, la lassitude et l'épuisement qui se partagent autour d'une réflexion sur ce que cette patiente nous fait vivre d'elle-même, de ses représentations issues de son monde interne et de son histoire relationnelle projetée sur l'équipe, un éclairage qui permet notamment de se dégager de réactions parfois spontanément agressives et de garder sa bienveillance pour rester soignant.

Nous partageons aussi des moments émouvants, de joies intenses, qui renforcent nos liens, par exemple quand Madame C a mis au monde prématurément à trente-deux semaines d'aménorrhée son premier bébé après sept fausses couches spontanées et une mort fœtale *in utero*.

POUR UNE INTERDISCIPLINARITÉ VIVANTE ET CONSTRUCTIVE

Dans cette clinique, aucun professionnel n'est épargné de moments de doutes, de questionnements et d'émotions diverses, du sentiment que, parfois, tout échappe, de pensées qui jugent, d'un vécu d'impuissance et de solitude, d'épuisement, et son corollaire, les tentatives de tout maîtriser. Garder la capacité d'éprouver et de se questionner sur son vécu émotionnel, mais aussi de pouvoir penser que l'autre pense, et se préserver un temps d'échanges autour des représentations de chacun me semble les bases d'une interdisciplinarité vivante et constructive.

DOSSIER
La périnatalité à la croisée des pratiques



Micheline Blazy
Obstétricienne
Chirurgien des hôpitaux

Obstétrique et interdisciplinarité

La gynécologie-obstétrique a, le temps d'une génération, révolutionné des pratiques qui n'avaient quasiment pas évolué depuis que l'Homme existe : assistance médicale à la procréation (AMP), péridurale, échographie et dépistage anténatal, chirurgie *in utero*… C'est la raison pour laquelle la formation est longue et exigeante, et que ses spécialistes s'« hyperspécialisent » souvent pour une technicité toujours plus pointue. Le risque en est une déshumanisation sournoise des professions de la naissance, des actes de plus en plus audacieux et une médecine probabiliste sous couvert d'un consentement éclairé, une relation médecin-patient dans laquelle plane l'ombre du risque procédurier. La T2A hospitalière, tarification à l'activité (pour ne pas dire « à l'acte »), a contribué à retirer de l'âme au phénomène de la naissance : pour que le séjour en maternité – comme dans tout service hospitalier – soit rentable en termes financiers, il se doit d'être le plus court possible et, dans le même temps, aussi chargé d'actes techniques que possible. D'où ces sorties très précoces de la maternité une fois l'accouchement ou la césarienne passés. Le dépistage des troubles psychopathologiques en est entravé, ce qui a certainement également un coût, mais dont on ne tient pas compte.
J'exerce dans le service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet, dont j'ai été le chef de service pendant vingt ans. C'est un service où les femmes n'accouchent pas : je suis donc une obstétricienne, chirurgien des hôpitaux qui ne pratique plus l'obstétrique « vive ». Cela a été un renoncement à l'époque. Mais le fonctionnement du service, la clinique très variée, l'existence d'une équipe interdisciplinaire à faire vivre, m'ont retenue et enrichie au point d'avoir envie, aujourd'hui, de transmettre mon expérience de terrain et cette passion que j'éprouve pour ce métier en périnatalité.

LES ACTIONS ACCOMPLIES

Dans ce service, nous avons mené à bien un certain nombre d'actions qui ont nécessité des réflexions préalables et la collaboration de tous, telles que notre participation au travail de recherche des unités mères-bébés (UMB), l'introduction de la vidéo, nos publications sur les mères toxicomanes, les accouchements sous X, les mères malades mentales, les placements précoces, la mise en place des référents (chaque dyade a un psychologue, un médecin et une assistante sociale référents, chaque mère une infirmière référente, chaque bébé une auxiliaire référente)… Mais ce qui fut plus marquant et novateur, encore, c'est d'avoir permis la supervision mensuelle de l'équipe des soignantes. Celles-ci ne sont pas analysées ; or, ce sont justement elles qui sont au plus près des mères et des bébés, dans des situations très lourdes de détresse, de vie et de mort, de maladie, de séparations et de ruptures. La supervision dans ce service est encore plus indispensable qu'elle ne l'est dans les maternités.
Les apports de la théorie psychanalytique nous soutiennent dans ce travail et, en ce qui me concerne, le fait d'avoir été analysée comme fille de ma mère et comme mère de mes enfants m'a ouvert des perspectives en ce qui concerne la relation mère-bébé. Elle en ouvre tout autant dans la dynamique de groupe de l'équipe, et plus particulièrement encore quand elle comprend des disciplines différentes.
Tout a concouru pour faire vivre l'interdisciplinarité du service, mais l'interdisciplinarité au sens large du terme, réunissant somaticiens, psys, mais aussi travailleurs sociaux et professionnels paramédicaux. On ne peut pas exercer en périnatalité seul dans son coin. La périnatalité implique l'interdisciplinarité – que celle-ci s'organise en réseau comme cela est prévu dans la circulaire Molénat ou dans les services hospitaliers –, avec ses bonheurs… et ce que j'ai appelé ses « petits drames entre amis ».
Comme pour le théâtre classique, il y a une unité de lieu (le service), une unité de temps (la périnatalité ; temps très court dans une vie de mère et une vie de bébé quand on y pense) et une unité d'action (action thérapeutique de l'équipe pluridisciplinaire).

Service de soins en périnatalité de l'hôpital du Vésinet (78)

Ce service accueille 20 femmes enceintes en prénatal, ainsi que 21 jeunes mères et 23 berceaux en postnatal.

Les accouchements ne se font pas sur place, mais dans la maternité qui nous a adressé la patiente.

Les situations qui nous sont confiées sont lourdes et relèvent d'intrications de problèmes d'ordres obstétricaux – notamment des MAP, hypotrophie fœtale, diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, etc. –, somatiques – HIV, sclérose en plaque, insuffisance cardiaque, chorée, drépanocytose, etc. –, et psychiques – psychose, psychose infantile, psychose maniaco-dépressive, mélancolie, dépression, etc. –, et ce, souvent dans un contexte de précarité.

À cette activité d'hospitalisation s'ajoute une consultation hospitalière de gynécologie-obstétrique ouverte sur la ville et un centre de planification familiale.

UN ÉQUILIBRE ENTRE FUSION ET EXCÈS D'INDIVIDUALISME

Je compare volontiers notre travail à un tricot – ce qui s'accorde bien avec l'idée de la création du lien parent / enfant, mais aussi du lien entre professionnels –, un tricot à trois fils : un fil somatique, un fil pour la psyché, un fil pour les environnements familial et social. Ces trois fils travaillés ensemble, jour après jour, deviennent indissociables, formant un tissu solide sur lequel les patients, les mères, parfois les pères et les nouveaux-nés peuvent se reposer, tout autant que les membres de l'équipe qui, à un moment donné, peuvent aussi se sentir vulnérables ; l'équipe peut alors servir de *support*, presque au sens physique du terme. Il arrive ainsi à chacun d'entre nous, quelle que soit sa fonction, de se laisser porter un temps et réconforter par les collègues ; ce qui suppose une certaine humilité : on ne peut pas tout faire tout seul pour les patients et, même si on est très expérimenté, quand on a été bouleversé par une histoire, bousculé dans ses bases, remis en question brutalement par la parole d'une patiente, de sa famille, par l'état d'un bébé qui s'aggrave, par la disqualification d'un partenaire de l'extérieur… on a souvent besoin de l'équipe, de son soutien affectif, de la sécurité qu'elle apporte pour pouvoir continuer à travailler… Éprouver du respect, de la confiance, de la bienveillance réciproque… est indispensable, tout autant que de fêter les réussites, les départs, les arrivées… Il s'agit de ménager un équilibre subtil et précaire (car toujours remis en question) entre deux écueils : la fusion et l'excès d'individualisme.

Il faut, en effet, parvenir à se dégager d'une trop grande fusion qui consisterait à considérer que l'on est une bande d'amis, que l'on fait tout ensemble – des réunions de synthèse aux visites aux patientes que l'on rend à deux –, que l'on passe de plus en plus de temps en réunion tellement on est bien ensemble et finir par considérer les collègues extérieurs comme des gêneurs. La fusion rend fort, certes, mais elle isole.

Il faut donc parvenir à trouver un équilibre entre la fusion et son contraire, un travail individualiste à outrance qui obérerait la part de l'autre et son apport singulier.

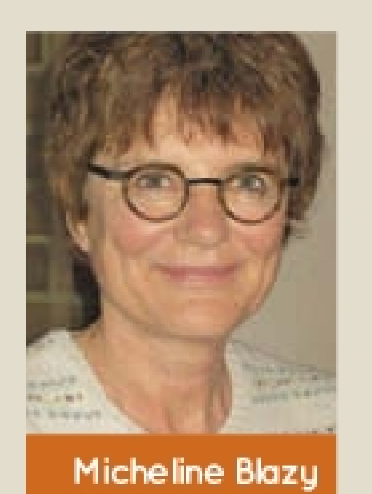
Ainsi ma vision du bon travail d'équipe pluridisciplinaire peut être représentée par le nœud borroméen. Le maillage y est correct, il existe des zones de chevauchement, sans excès, permettant l'absence de failles dans la prise en charge, un bon support pour l'équipe, et donc pour les patientes

En revanche, un travail « chacun pour soi » laisserait trop d'interstices dans lesquels les patientes viendraient s'infiltrer.

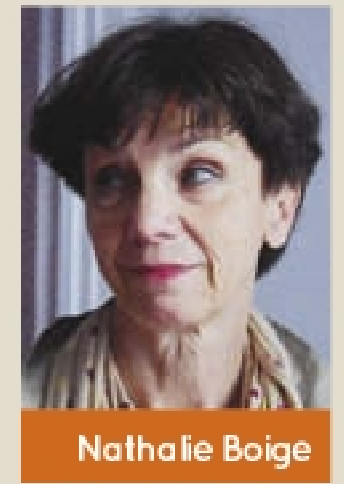
Enfin, un professionnel à l'ego ampoulé viendrait écraser les autres, parmi lesquels certains se sentiraient frustrés et d'autres plutôt soulagés…

Ainsi, n'importe qui ne peut, ou ne veut, travailler en équipe interdisciplinaire : il faut beaucoup de confiance en l'autre, en ses compétences propres, en ses capacités de pouvoir partager l'information, de métaboliser l'émotion, en sa faculté de se reconnaître pour ses compétences propres, pour sa part de travail. Il faut aussi être capable de renoncer au tout pouvoir. Cela signifie ne pas être tout pour cette mère, accepter qu'elle fasse « des confidences » à d'autres, que le bébé fasse des sourires enjôleurs à celle qui n'est pas sa référente, accepter de se remettre en question, de se limiter dans son action, même quand on se croit capable de tout faire, peut-être même mieux. C'est aussi accepter d'être instrumentalisé quand l'équipe juge qu'on est le mieux placé pour intervenir. C'est donc un choix qui demande une certaine maturité pour accepter la frustration et préférer les petits bonheurs collégiaux aux satisfactions individuelles plus éclatantes…

Grossesse à l'adolescence
Un accompagnement


Micheline Blazy
Obstétricienne
Chirurgien des hôpitaux


Odile Tagawa
Sage-femme
Formatrice


Nathalie Boige
Gastropédiatre


Nathalie Presme
Pédopsychiatre
Psychothérapeute
Praticien hospitalier

L'histoire de Sandra, de sa grossesse gémellaire et de ses suites de couches est présentée sous l'angle du suivi obstétrical. Ce cas, exemplarisé à partir des difficultés qui peuvent se rencontrer et compliquer l'accueil de l'enfant, est le point de départ d'une discussion clinique transversale à plusieurs disciplines. C'est l'occasion pour chaque professionnel, à travers la reprise des difficultés rencontrées – grossesse à l'adolescence, risque d'accouchement prématuré, deuil prénatal, mort d'un jumeau *in utero*… –, de préciser la place que chacun peut prendre en lien avec les autres dans un accompagnement contenant.

Sandra a 17 ans, sa famille est originaire du Sud-Ouest de la France, elle suit une formation d'esthéticienne. Son copain a 23 ans et travaille comme policier. Les parents de Sandra sont séparés depuis longtemps, elle ne voit plus son père et vit avec sa mère et son nouveau compagnon, ainsi que sa sœur cadette. Lorsque Sandra annonce sa grossesse à sa mère et son intention très ferme de la mener à son terme, sa mère la renvoie de chez elle et l'Aide sociale à l'enfance (ASE) est interpellée. C'est alors que Sandra confiera avoir été abusée par son oncle maternel, de même que sa sœur. Une plainte est déposée au commissariat de police, Sandra est placée à l'ASE par décision du juge, sous ordonnance de placement provisoire (OPP), d'abord en famille d'accueil, puis dans notre service de soins en périnatalité devant la complexité du cas, à la fois obstétrical et psychologique.

La grossesse

La grossesse est découverte tôt, déclarée et suivie normalement. C'est ainsi que l'on sait très vite qu'il s'agit de jumeaux. La grossesse est bichoriale, biamniotique : deux poches, deux placentas, de faux jumeaux, donc. Ces jumeaux sont de sexe différent. À l'échographie de 25 semaines d'aménorrhée (SA), on découvre que le jumeau garçon est mort, vers les 18 SA d'après les mesures, c'est-à-dire entre la première et la deuxième échographie.
Les deux jeunes parents sont très abattus. C'est dans la suite immédiate de cette annonce, à cinq mois et demi, que Sandra est hospitalisée dans notre service de soins en périnatalité, pendant que le futur papa va suivre une formation en province.
Nous faisons connaissance avec une grande jeune fille sympathique malgré sa mine a priori *boudeuse. Elle répond gentiment à nos questions ; il émane d'elle une grande tristesse dès que l'on aborde le sujet de la mort fœtale. Elle demande un transfert de son dossier obstétrical, car elle en veut à sa maternité d'origine de ne pas avoir pu* « sauver [s]on fils ».
Pendant que la surveillance de la grossesse du, désormais, singleton s'intensifie, notre prise en charge pluridisciplinaire se met en place :
• Suivi psychologique par notre psychologue et sa stagiaire.
• Suivi social de notre assistante sociale avec la référente ASE de Sandra, organisation d'une synthèse avec les partenaires extérieurs.
• Suivi obstétrical, préparation à la naissance et « chouchoutage » des sages-femmes, assurant à Sandra une contenance lui permettant de régresser, d'être moins sur la défensive, de nouer une alliance thérapeutique avec l'ensemble de l'équipe.
Sandra signale une reprise des vomissements gravidiques qui s'étaient interrompus à trois mois de grossesse. En l'interrogeant, nous découvrons qu'elle vomit depuis une intoxication alimentaire survenue en CM2, à l'âge de 10 ans. Les explorations médicales pratiquées alors s'étaient révélées négatives. Sous traitement médicamenteux, ces vomissements seront remplacés par des reflux acides jusqu'à l'accouchement.

contenant

Elle ne reçoit aucune visite en dehors de celle de son copain qui vient tous les week-ends.
Un lundi matin, lors de notre minisynthèse quotidienne, la sage-femme raconte combien elle a été gênée, le week-end précédent, en entrant dans la chambre, de se voir conviée au déballage de la layette achetée et rapportée par le copain. Il y avait, en effet, des affaires pour fille, mais surtout pour garçon. Ne sachant pas quoi dire, elle s'est tue.
La psychologue rapporte alors que Sandra, probablement pour supporter de porter à la fois la vie et la mort, a trouvé un aménagement psychique : elle pense – tout en sachant au fond d'elle que c'est faux – que les médecins se sont trompés, que son fils est vivant.
Nous réfléchissons ensemble. Ce qui gêne, c'est que l'aménagement psychique ne reste pas psychique, mais trouve une concrétisation sous forme de layette et que le futur papa n'ait pas de rôle différencié, mais qu'il renforce, au contraire, le fantasme mensonger et la gaieté factice. En conclusion, les psys disent qu'« elles vont voir ». Nous serons tous très prudents avec son système de défense.
Lors de la visite suivante, Sandra tique quand je lui demande des nouvelles de son bébé. Quelque temps plus tard, elle fait une échographie de contrôle dans la nouvelle maternité. Sandra en revient assez sereine ; il lui a été expliqué et montré le fœtus garçon recroquevillé, la forme que cela prendrait à la naissance ; et la bonne vitalité de la fille.
Deux ou trois jours après, elle annonce aux psychologues qu'elle ne souhaite plus les voir. Engagée à s'expliquer, elle raconte qu'elle s'est sentie trahie, la sage-femme lui



ayant dit « texto » une phrase qu'elle leur aurait dite. Nous ne savons pas de quelle phrase il s'agit. Elle est mystérieuse aux yeux de la sage-femme qui ne se souvient pas de s'être écartée de son chemin obstétrical. Tous, les uns après les autres, nous réexpliquons (ces notions sont toujours exprimées dès l'entrée) le secret partagé par une équipe pluridisciplinaire, la confidentialité qui reste de mise lorsque l'on juge qu'une information ne peut être utile au travail du reste de l'équipe. Rien n'y fait. La phrase reste inconnue.
Le lendemain, elle se plaint de douleurs abdominales. Sandra est au terme de 30 SA. La sage-femme de garde fait un monitoring : la vitalité fœtale est excellente, mais des contractions utérines déforment le tracé comme lors d'un accouchement. Elle pose une perfusion tocolytique immédiatement et nous prévoyons une cure de Célestène. Au bout de quarante-huit heures, nous stoppons la perfusion, le col ne s'étant pas modifié à l'examen clinique. En revanche, nous donnons un traitement per os *en* →

relais et restons à l'écoute, vigilants, de ce que cette « mapounette » signifie. Sandra pense retirer sa plainte déposée à l'encontre de son oncle, n'ayant « pas imaginé les conséquences que cette plainte allait avoir ».
Est-ce une coïncidence ? Deux jours après, elle reçoit la visite surprise de sa mère qu'elle n'avait pas revue depuis le début de la grossesse. Sandra est extrêmement soulagée de cette réconciliation. Cette future grand-mère nous paraît très jeune ; nous comprenons alors qu'elle a elle-même donné naissance à Sandra à l'âge de 16 ans…

L'accouchement

La version médicale : Sandra accouche spontanément à 38 SA et 5 jours, la veille du jour où elle devait être déclenchée. Elle donne naissance à Marie, bébé de trois kilos, à l'aide de spatules après échec de la ventouse et à « J2, 10 min après, fœtus de sexe masculin pesant cent quatre-vingts grammes, d'aspect papyracé ». *Délivrance artificielle et révision utérine pour non-décollement du placenta. Durée totale du travail : neuf heures.*
La version de Sandra, dix jours après, est la suivante : « Oui, ça s'est bien passé ; mais j'ai eu six piqûres pour la péridurale et une épisiotomie, puis une ventouse, puis les forceps, et après ils sont allés chercher le placenta. » *Spontanément, elle ne parle pas du fœtus mort. À notre question, elle répond :* « Ils sont allés le chercher juste avant le placenta qui ne se décollait pas. Il était "grand comme ça", *[elle écarte les mains verticalement de près de quarante centimètres]*, tout formé, en train de se décomposer. » *Le papa était présent, bien soutenant, mais elle regrette l'absence de sa mère qui est allée en province au lieu de lui donner priorité.*

Les suites de couches immédiates dans la maternité

Sandra reste sept jours au lieu de trois à la maternité, faute de place dans notre unité. Un implant contraceptif lui est posé. Les soignantes de la maternité insistent pour que nous l'hospitalisions en priorité, car elle va mal : « déprimée », « elle pleure beaucoup son fœtus mort, alors qu'ils l'ont vu tous les deux ». *Un peu comme si le protocole « accouchement d'un mort-né » ayant été respecté, les parents n'avaient plus le droit d'être tristes.*
On nous rapporte aussi que Sandra cherche un coupable à cette mort « [s]on placenta était percé » ; « ils n'ont pas fait ce qu'il fallait pour le sauver ».

Les premiers jours dans le service de Marie avec sa maman

À l'entrée, Sandra est toujours sous OPP, alors que son bébé non, et qu'elle en a l'autorité parentale partagée avec le papa (qui a reconnu sa fille). Paradoxe relativement courant chez les parents mineurs que nous rencontrons.
Marie est anémiée, peut-être à cause de la bosse séro-sanguine provoquée par la ventouse, ou conséquence de l'interruption de la gémellité.
Sandra allaite complètement ; comme son bébé pleure souvent et qu'elle ne sait pas bien interpréter ses demandes, elle le met au sein environ toutes les heures. Marie grossit bien, mais régurgite abondamment, et de façon douloureuse.
Sandra est très accompagnée par ses référentes : position lors des tétées, portage, bains…
Les parents ont organisé un enterrement. Ils y emmèneront Marie. Sandra dit qu'elle pense en être soulagée.

J'ai fait le choix de cette histoire clinique parce qu'elle met en exergue de nombreux points saillants cliniques propices au débat avec mes confrères.
Sur le seul plan obstétrical, on retrouve la grossesse chez l'adolescente, les vomissements gravidiques, la menace d'accouchement prématuré (MAP) avec sa forme très atténuée que nous avons surnommée « mapounette » dans le service ; la vulnérabilité parentale et ses facteurs de risque ; le fonctionnement institutionnel d'un service comme le nôtre, interdisciplinaire, sorte de miniréseau en intra, avec ses richesses et ses avatars.
L'obstétricien, où qu'il exerce, lorsqu'il est confronté à une histoire telle que celle-ci, devrait pouvoir travailler avec d'autres professionnels. Il n'en a malheureusement pas souvent le temps. L'accumulation, la complexité et l'intrication des signaux somatiques et psychosociaux sont des indications de travail en réseau, associant les psychistes et les travailleurs sociaux aux soignants de l'obstétrique et du postnatal, de la mère et du nouveau-né. Travailler ensemble, en réseau ou au sein d'une institution n'implique pas que nous comprendrons tout ni que nous pourrons avoir une action préventive garantie sur le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement, de la relation mère-bébé. Mais il est certain que nous améliorons la qualité des soins et que, pour chacun de nous, il est important de ne pas rester seul.
Trois grandes lignes ressortent de ce cas clinique :
• La grossesse chez l'adolescente est à risque essentiellement psychosocial : terme de découverte et suivi sans particularité ; la pathologie obstétricale présentée ici n'est pas spécifique de l'âge maternel.
• Les vomissements gravidiques comme la MAP, même quand la phase aiguë est résolue, nécessitent une écoute toute particulière, car ils sont symptomatiques d'un psychisme à l'œuvre.
• Le deuil périnatal, la mort d'un jumeau, l'autre restant vivant, les antécédents d'abus sexuel, doivent, bien sûr, faire anticiper une grossesse et un accouchement complexes.

Le regard de la sage-femme

Pour analyser l'histoire de Sandra, je vais chercher à m'identifier à la sage-femme qui est entrée dans la chambre pour constater que deux layettes sont en train d'être préparées : pour la petite fille en gestation, mais aussi pour ce garçon dont la vie s'est arrêtée il y plusieurs semaines. Interloquée, intriguée, gênée, il se peut que je sois sortie, comme ma consœur, sans savoir comment réagir à ce mystère psychique. Je serais alors heureuse de pouvoir en parler à la psychologue du service et-ou à quelques consœurs expérimentées. Il me faudrait certainement résister au désir d'immédiateté, à ce qui nous fait parler dans le couloir entre deux tâches, sans prendre toujours le temps de se poser tranquillement sur les questions que la situation soulève.

Qu'est-ce que la gêne : une pensée intérieure que l'on ne se sent pas autorisé à penser ou à évoquer… Il y a là à repérer, pour le professionnel de première ligne, ce que je propose de nommer « *signe d'appel psychique* » et que je définis comme étant des manifestations repérables par les professionnels de proximité et susceptibles d'évoquer la nécessité d'une aide psychique adaptée. Précisons que le signe ne fait pas la pathologie. Il fait signe pour nous motiver à faire appel à un professionnel du psychisme. Il signale une difficulté ou une souffrance, de la famille ou du professionnel. Dans chaque cas, il y a indication d'un besoin d'aide, celle-ci peut être en direct, auprès de la famille, ou indirecte, auprès du professionnel par un travail de soutien personnel, un travail d'élaboration de la pratique, de supervision ou de reprise. Le professionnel doit se constituer ses propres signes d'appel à partir de l'écoute de ses propres éprouvés et en étant attentif à ce qui se passe à l'intérieur de soi, ce que cette écoute dit de l'autre et ce qu'elle dit de nos propres représentations et difficultés.

Les sensations de bizarrerie, d'impuissance, d'angoisse, liées à la situation, voire de haine ou de terreur, l'envie de fuir, de revenir « à l'air libre, à la vie », l'envie de secouer la personne, l'incapacité de penser la situation, l'ennui dans l'intervention, l'impression d'être inutile, le doute qui persiste au fil de nos visites de l'intérêt de notre rôle, doivent être considérés comme des signes d'appel (Tagawa, 2012 [1]).

J'aurais besoin d'être aidée pour pouvoir reprendre avec les parents le fil de la relation interrompue par cette étrange scène de la layette. Besoin de pouvoir énoncer mes interprétations, mes peurs, peut-être mon hostilité ou mes pulsions d'agir. Je serais heureuse de travailler dans une équipe où il est possible de ménager un temps, en marge des tâches nécessaires au quotidien d'un service, consacré à la prise de recul sur une situation. Je crois que, dans une première étape, l'intimité de l'événement à la fois pour le couple, dans ce que la scène révèle de leur vie interne, et à la fois pour la sage-femme, en ce que cette gêne exprime comme affects troublants, me rendrait nécessaire, avant le travail en équipe (la minisynthèse évoquée par Micheline Blazy), un temps justement plus intime de dialogue et de réflexion avec la psychologue du service.

La sage-femme, au cours du suivi et des soins prénatals, est interpellée non seulement dans le registre somatique, mais aussi dans le registre psychique qui tient à ce cheminement parental vers la naissance, fait de rêves, rêveries, préparatifs, échanges et allées et venues entre prise en compte du réel, tricotage de fantasmes et manifestation du registre symbolique. Ainsi, à chaque étape de ses interventions, elle participe à aider les parents à se préparer à la naissance de cet enfant-là. La préparation à la naissance n'est pas nécessairement un temps isolé, spécifique, consacré à des explications et exercices. Elle se mêle intimement aux gestes quotidiens de la surveillance : pose de monitoring, préparatifs avec la femme d'examens paracliniques, tour des chambres à la relève, etc. Quels sont les principes organisateurs de cet accompagnement par la sage-femme ? Je propose d'organiser la pratique autour de quatre axes (Tagawa, 2012 [2]).

La sage-femme est interpellée non seulement dans le registre somatique, mais aussi dans le registre psychique qui tient à ce cheminement parental vers la naissance.

Travail sur l'axe sécurité

Le temps du monitorage, lors de la surveillance de grossesse, est un temps riche en opportunités d'échange et de travail avec les parents. Tout d'abord, le temps d'installation de la femme dans le lit (car elle va rester entre trente et quarante-cinq minutes dans la même position pendant l'enregistrement) : nous voyons que, pour nombre de femmes, il est difficile de savoir s'installer confortablement, traduisant ainsi une difficulté à prendre soin de soi.

Dans l'histoire de Sandra, faite de violence, de négation de ses besoins d'enfant, d'inversion perverse des relations, l'attention de la sage-femme et sa disponibilité pour prendre le temps de rechercher avec elle une position confortable →

pour soi et le bébé, prendre conscience de sa respiration comme signe de confort ou d'inconfort, installer les points d'appui nécessaires, sont, en tant que tels, un temps de soin psychique en donnant à vivre une relation authentique de sollicitude pour le bien-être de l'autre. Nous observons tous les jours combien la délicatesse de ces soins apportés au corps augmentent, réaniment ou éveillent le sentiment de sécurité interne. Nous pourrions de même développer tout ce qui est créateur d'expériences constructives au cours d'un palper du ventre de la femme avant la pose : j'imagine combien, pour Sandra, expérimenter un toucher respectueux est essentiel, et l'on ne saurait mettre trop d'attention à ces gestes comme lui demander l'autorisation avant de la toucher, l'inviter à nous guider dans les gestes, commenter ce que l'on perçoit avec les mains et observer avec intérêt et bienveillance ses réactions au fil de nos gestes.

La recherche et l'écoute, ici, d'un seul cœur fœtal ont dû aussi susciter chez ces jeunes parents des interrogations. La sage-femme peut alors reprendre avec les parents les questions qu'ils se posent sur l'évolution de la grossesse, sur le devenir de chaque jumeau, celui dont la vie s'est arrêtée, celui qui continue sa vie.

Il s'agit de préparer la naissance avec le couple, mais aussi avec l'équipe de maternité.

Le point peut alors être fait avec l'obstétricien, l'échographiste et les autres sages-femmes pour donner aux parents les informations nécessaires sans les saturer de données.

En plus des soins usuels dans un service d'hospitalisation prénatale, il est prévu dans ce service des temps de travail sur la préparation à l'accouchement. Comme toute préparation, ce temps doit être inventé, créé en accord avec la spécificité du couple, de la situation et particulièrement ici avec l'histoire de Sandra pour qui, en tant que victime d'inceste, « *le suivi médical peut être évité, redouté, car le monde médical, monde du soin, réactualise la terreur enfantine et le trouble d'un soignant maltraitant devant lequel la victime aura parfois l'impression de redevenir objet : on retrouve le cortège bien connu des manifestations du vaginisme, mais aussi les phobies des gestes médicaux intrusifs : prises de sang, injections, perfusions, péridurale* [...]. *L'accouchement représente une étape particulièrement compliquée et angoissante. Peur panique de l'accouchement (tokophobie). L'enfant à naître doit traverser les voies génitales violées dans l'enfance ou risqué d'être "sali" lors du passage des voies génitales. Une césarienne peut être demandée, afin d'éviter des sensations terrifiantes, le travail peut être dystocique ou, à l'inverse, précipité, car les sensations liées aux contractions sont niées* * ».

Cette préparation ramène de nombreuses questions et peuvent être pensées avec l'aide de l'équipe, consœurs et psychologues en particulier : en groupe ou en individuel. Avec l'obstétricienne : comment sont vécus les touchers vaginaux ? les prises de sang... ? Avec l'anesthésiste, également, pour la pose de péridurale. J'ai vu, en de semblables histoires, des femmes devenir « folles », hystériques, disait l'équipe, lors de la pose de péridurale ou lors de l'expulsion : on voit alors qu'il s'agit de préparer la naissance avec le couple, mais aussi avec l'équipe de maternité...

L'autre difficulté à prendre en compte est que, pour la plupart des très jeunes mamans, comme Sandra, l'anticipation des difficultés habituelles de l'accouchement et de la période néonatale est le plus souvent barrée par l'idéalisation (« *On verra bien... c'est naturel...* ») et-ou le refus d'envisager la réalité crue de la naissance (« *Pas question de parler de l'accouchement, cela m'angoisse trop...* »). Ainsi, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) classiques sont fréquemment inadaptées, n'intéressant guère la jeune femme et le jeune homme, et chaque sage-femme invente les voies propices à cette préparation. Les jeux et petites mises en scène sont souvent payantes : jouer devant les parents une femme en travail qui, entre deux contractions, reste tendue en appréhendant la suivante, inviter ensuite les parents à commenter la scène, à la discuter (est-ce propice au déroulement du travail d'enfantement ?... Que feraient-ils dans cette situation ?... Comment le compagnon aiderait la maman ?).

L'axe lien à l'enfant porté

La sage-femme peut observer les gestes des parents envers le bébé (caresses, évitement, douceur ou tensions) et la façon de le porter (confortable, associé ou dissocié au corps de la femme). Elle peut proposer au père des gestes simples de massage sur la mère, qui améliore le dialogue tonique avec le bébé, des gestes simples qui ouvrent ou confirment la relation à l'enfant porté.

La palpation du bébé avant la pose du monitoring, les commentaires autour du tracé, et donc de l'activité du bébé, sont autant de moments d'échange et d'observation du lien qui se tisse entre Sandra et ce bébé dans le ventre.

Note

* Note de synthèse d'Odile Tagawa parue dans la *Lettre de l'ANSFL*, en 2012, à propos de Kramer E., Bonnet C., 2012, « L'inceste : repérer et prendre en charge en maternité », Les Entretiens de Bichat.

Ces observations représentent un précieux matériel pour penser l'accompagnement des parents, repérer les difficultés et-ou valider leurs compétences.

L'axe matrice de soutien

Ce concept, emprunté à *La Constellation maternelle* de Daniel Stern (1997), affirme l'importance cruciale, dans le cheminement vers la naissance, du portage groupal des parents. Il se différencie d'une notion *a priori* de réseau périnatal qui, lui, serait un groupe préexistant aux besoins singuliers du couple parental. Il s'agit, là, d'un groupe significatif pour les parents : ceux dont ils considèrent, reconnaissent et apprécient le soutien au cours de la grossesse, de l'accouchement et du postnatal. Ces personnes peuvent faire partie de l'entourage familier, amical, associatif, tout autant que du réseau professionnel périnatal. On pourra alors travailler avec eux sur une meilleure perception du rôle et des compétences de chacun, les aider à choisir parmi leurs proches les personnes qui seront véritablement des ressources dans leur devenir de parent, imaginer au cas par cas un tissu qui, si nécessaire, pallie l'isolement trop fréquent des familles actuelles.

Dans l'histoire de Sandra, on voit comment l'institution a pensé et imaginé toute la complexité du dispositif pour créer autour d'elle une équipe cohérente et contenante. Un temps d'anticipation sur la vie postnatale, mais aussi de mise en lien avec les futurs partenaires du suivi est à la fois maturatif pour le cheminement parental et sécurisant.

Avec ce jeune couple, j'imaginerai volontiers de leur proposer le jeu des boutons comme médium pour amener réflexion et échange autour de cette matrice de soutien : la sage-femme dispose devant le couple un tas fait de boutons de tailles, de couleurs et de formes différentes, et propose à chacun de choisir des boutons qui les représentent (mère, père, bébé), puis de placer à des distances plus ou moins proches du noyau familial les personnes de leurs entourages familial, amical, du réseau professionnel qui les entoure, éventuellement d'associations dont ils voudraient avoir l'aide ou le soutien. Après que chacun a créé son petit monde, la sage-femme leur propose de se raconter l'un à l'autre le dispositif qu'ils ont imaginé, qui est représenté par tel bouton, ce que l'on en attend (soutien émotionnel ? aide matérielle ? conseils de puériculture ?...). L'intérêt du jeu est de rester sur un versant ludique, léger, on veillera donc à en préserver la dimension humoristique. La sage-femme peut, à son tour, représenter par un jeu de boutons ce que le service a prévu pour entourer les jeunes parents et raconter de petites histoires qui illustrent l'importance de ce soutien.

L'axe devenir-parent

Du côté de l'intervention de la sage-femme, tout ce qui peut être imaginé dès la grossesse pour échanger avec les parents sur les besoins du nouveau-né en termes d'enveloppe, de qualité de soin, d'équilibre entre stimulation et pare-excitation aura un effet maturatif. De fait, chaque expérience psychocorporelle avec le couple (massages, relaxations, soutiens posturaux...) peut être l'occasion, à partir du ressenti, de faire le lien avec les besoins du petit humain. Il est peut-être dommage et limitant de considérer ces temps uniquement comme des temps de régression pour la femme. Il s'agit, en effet, de posséder des outils de travail psychocorporels aptes à replonger une personne dans le monde sensoriel qui est au plus proche de celui du bébé, et cela avec la délicatesse requise pour s'adapter à ce que cela fait vivre en termes de plaisir ou de souffrance. Même minime (une respiration qui s'apaise sous l'effet d'une position plus confortable ou d'un appui manuel, par exemple), chaque expérience de mieux-être, d'un meilleur sentiment de sécurité interne, doit être ensuite parlée, discutée avec les parents pour qu'ils puissent s'approprier ou simplement confirmer cette ressource et ce savoir-faire avec le bébé.

Chaque expérience de mieux-être doit être discutée avec les parents pour qu'ils puissent s'approprier cette ressource et ce savoir-faire avec le bébé.

Pour Sandra, qui a vécu des abus de la part d'adultes censés la protéger, nous pouvons imaginer tout le chemin, pas à pas, qui peut être fait avec elle et son compagnon pour redécouvrir une façon respectueuse de prendre soin de l'autre. Je pense, par exemple, à un travail sur le toucher relationnel où l'on pourrait juste prendre le temps d'écouter, puis d'échanger sur les effets d'une simple main posée sur l'épaule...

J'imagine aussi que le service de Micheline Blazy doit proposer aux futurs parents des temps de visite à la nursery ou de rencontre avec des parents ; ou tout autre dispositif qui permette l'anticipation des besoins de la période.

Là encore, prendre le temps avec ce jeune couple de raconter des histoires qui mettent en scène des parents épuisés avec un bébé qui pleure, une maman qui n'ose pas donner le bain à son bébé de peur de mal faire, prendre le temps de jouer avec un poupon, le prendre, le porter, le faire passer de l'un à l'autre... sont autant de situations qui favorisent les échanges, la confirmation des compétences parentales et dispensent quelques repères sécurisants. →

Le regard de la pédiatre

L'histoire de Sandra pose principalement deux questions : la grossesse chez une adolescente, en tout cas une jeune mineure, et la mort d'un jumeau *in utero*.
Sur le versant pédiatrique, on lit dans le rapport de Micheline Blazy que le bébé est né en bonne santé, a été bien accueilli par ses parents et sa grand-mère maternelle. Il a un reflux gastro-œsophagien (RGO) et d'autres troubles fonctionnels, mais je crois lire entre les lignes ou pouvoir émettre l'hypothèse que cette petite fille ne va pas trop mal dans son développement psychique et affectif, que les interactions mère-bébé semblent de qualité suffisamment bonne et que l'intégration psychosomatique est en bonne voie avec des aléas que l'on observe fréquemment.



On sait que l'hospitalisation prénatale, et le soutien postnatal de l'équipe qui l'a accueillie ont contribué à cette situation, ainsi que l'encadrement pédiatrique dont a bénéficié le bébé.
Néanmoins, il m'apparaît que cette situation est un éloge de la prévention prénatale, de la méfiance contre les idées reçues et les mauvais augures de la prédiction.
La grossesse adolescente n'est pas systématiquement mal accueillie, n'est pas prédictive d'incompétence, et les soins de la jeune mère et du jeune père au bébé peuvent être étonnamment bons, parfois d'une naïveté apparente, pouvant paraître infantiles, mais avec un corps à corps réel et affectif de bonne qualité.
Cette grossesse survient de façon inopinée chez cette jeune fille, est bien acceptée par les deux parents, alors même qu'elle est gémellaire. L'on pourrait dire que la future mère accepte cette grossesse de façon très hospitalière.
Certes, elle manifeste son ambivalence et une certaine angoisse par des vomissements, mais cela est préférable à un déni total des difficultés psychiques de la grossesse ou à une idéalisation factice. En quelque sorte, on pourrait imaginer que cela protège le bébé à venir de mouvements violents imprévus, d'un rejet, de phobies d'impulsion, etc.
Il est dit que la maman est déprimée après la naissance, et l'on sait qu'une dépression du post-partum peut avoir toutes les valences et les registres de la conflictualité dépressive, du plus narcissique au plus objectal, et que, parmi les mères déprimées, certaines vont conserver une bonne aptitude à s'occuper de leur bébé alors que d'autres sont dans un silence et un vide interactif et affectif.
Il est difficile d'évaluer sans la surestimer, sans être dans une prédiction brute, et à l'inverse sans déni, l'influence que peut avoir la mort du jumeau *in utero* sur le développement psychique et psychosomatique du bébé nouveau-né.
En effet, le développement psychosomatique du bébé commence dès la vie fœtale, avec les interactions fœto-maternelles biologiques, sensorielles, affectives et fantasmatiques. Ici, nous devons ajouter les interactions proches physiques, sensorielles avec le jumeau voisin et le vécu très proche de sa mort. De même que les interactions physiques et biochimiques avec la mère sont le socle et le halo sur lesquels va se développer la vie psychique du fœtus / nouveau-né, on imagine que des phénomènes, comme la mort du voisin le plus proche, peuvent avoir une influence dans un registre des plus archaïques. Une représentation physique en est l'anémie de Marie qui est peut-être liée à cette situation.
Du côté des parents, et particulièrement de la mère, il y a ce trouble quasi source de confusion qui consiste à porter à la fois la vie et la mort. Ici, les parents ont adopté des moyens de défense, dont certains sont archaïques et inquiétants, car déréalisants – lorsque le père apporte des habits de garçon, lorsque la maman n'entend pas parler d'un bébé –, d'autres de meilleur aloi – au lieu d'une culpabilité excessive et térébrante, ils accusent le corps médical du décès du jumeau garçon. Cela peut protéger, d'une certaine manière, le bébé Marie d'une agressivité, voire d'une haine, d'un rejet.
Les réactions des parents au début de la grossesse montrent que les bébés semblent assez rapidement être « objectalisés » et distingués (peut-être aussi sous le coup du décès du garçon).
Toutes ces données me font émettre l'hypothèse que la contenance et les soins de Sandra à sa fille ont besoin d'être soutenus, mais sont prometteurs. On peut imaginer que

Sandra a elle-même reçu des soins précoces maternels ou grand-maternels qui lui ont permis d'acquérir une certaine contenance.
J'insiste sur cette qualité de soins, car il est assez fréquent, en consultation de pédiatrie, d'observer chez des bébés nés après un deuil périnatal, ou ayant perdu un jumeau avant la naissance, des pathologies psychosomatiques sévères et rebelles (RGO, refus alimentaire, pleurs et insomnies rebelles, troubles du développement), comme si le déni chez les parents des émotions, de l'ambivalence, la culpabilité, le rejet, entraînaient des comportements vides ou opératoires parentaux, à l'aune de la dépression, de la perte non dicible ni élaborable, et des expressions directes somatiques chez le bébé.
Nous aimerions observer ou savoir, quelques semaines après la naissance, comment Sandra parle à Marie et s'occupe d'elle, de quelle façon l'environnement pédiatrique a été sollicité.
Méfions-nous, cependant, d'un optimisme béat, et des résurgences du refoulé ou du réprimé.

Le regard de la pédopsychiatre

Cette observation clinique est une belle occasion de souligner combien chaque situation, à la fois si singulière et si complexe, apporte avec elle son lot de questions.
Pour le psychologue et le pédopsychiatre, l'approche clinique, basée sur la rencontre avec les patientes et-ou les couples, consiste à tenter d'ouvrir un espace d'écoute et de réceptivité suffisamment bienveillant pour que la patiente se sente libre et en confiance de s'exprimer sur ce qu'elle ressent et sur ses représentations, expressions de sa réalité psychique interne. La demande initiale émane peu souvent spontanément de la patiente elle-même, mais des professionnels du médical ou du social, rencontrés lors des consultations en PMI ou à l'hôpital. La rencontre « psy » s'inscrit donc dans un processus d'accompagnement rattaché au suivi de la maternité.
Sandra est hospitalisée dans un service qui offre un accompagnement médico-psycho-social en pré-partum, doté d'une équipe pluridisciplinaire (seuls deux services existent de manière comparable en Île-de-France). Sandra bénéficie donc d'un suivi soutenu et particulièrement bienveillant et protecteur.
En tant que pédopsychiatre, exerçant à la fois dans une maternité et dans un centre médico-psychologique de secteur, j'ai choisi de faire part de mes questions soulevées à la lecture de la situation de Sandra (que je ne connais pas). Ces questions sont autant d'interrogations à la recherche du sens d'un trouble ou d'un symptôme, et surtout pas le contenu d'un entretien-questionnaire froid et sans peu d'intérêt clinique.
• *La survenue d'une grossesse à l'adolescence*
Cette situation implique de se questionner sur le sens de cet événement dans l'économie psychique de la jeune fille, au-delà de l'énoncé manifeste du désir ou du non-désir conscient. S'agit-il d'un désir de grossesse, d'un désir de vérifier sa capacité d'être enceinte, ou d'un désir d'enfant ? Quelle adolescente était-elle avant la grossesse ? Était-elle insérée ? Suit-elle toujours une scolarité ? Avec quelle réussite ? Est-elle en rupture de liens avec ses parents, ses pairs, l'école ? Comment ce projet de bébé s'inscrit-il dans son histoire psychoaffective ?
A-t-elle présenté des troubles pendant son enfance, ou de manière plus récente ? Comment a-t-elle géré l'entrée dans l'adolescence, la survenue de la puberté, la sexualité ?
Il n'est pas rare que la grossesse soit issue du premier rapport sexuel, dans une croyance qu'il ne serait pas possible de tomber enceinte la première fois !! Ce rapport était-il consenti ou non ? A-t-elle une relation suivie avec un partenaire ou des partenaires multiples sans protection (ni préservatif ni pilule), dans une mise en danger d'elle-même ? Ou dans une difficulté à imposer au garçon de mettre un préservatif ?
Quelle est son histoire ? Il n'est pas rare que la jeune fille se retrouve enceinte au même âge que sa mère, comme dans l'histoire de Sandra. Cette grossesse peut-elle se penser comme un symptôme ? Issue d'un passage à l'acte ? Répond-elle au désir d'avoir enfin quelqu'un à aimer pour lutter contre une solitude affective ancienne ? Etc.
• *Son histoire infantile : la séparation de ses parents, exploration de ses identifications parentales*
Quel âge avait-elle au moment de la séparation de ses parents, dans quel contexte a eu lieu cette séparation ? A-t-elle été exposée à de la violence conjugale ? Comment s'est organisée la garde, que lui a-t-on dit, quel récit en fait-elle ? Quels liens a-t-elle gardés avec sa mère, son père ? Se sont-ils remariés ? A-t-elle eu une nouvelle fratrie ?...
• *La réaction maternelle à l'annonce de la grossesse de sa fille laisse entendre qu'une mesure de protection a été nécessaire pour Sandra*
Qui a interpellé l'ASE ? Quel professionnel ? Qui a signalé ? À l'annonce de la grossesse, la mère de Sandra, très en →

colère, l'a mise à la porte. Comment comprend-on la colère de cette mère ? Y a-t-il une répétition de l'histoire maternelle ? Cette rupture du lien mère-fille est un facteur de vulnérabilité potentiellement désorganisateur dans le processus du devenir mère de cette jeune fille.
Une attention plus particulière sera nécessaire tant en pré qu'en post-partum.

• *La révélation d'un abus*

« *À cette occasion, elle révèle un abus par l'oncle maternel.* »
Cela laisse entendre que, sans la réaction de colère de la mère, la fille n'aurait peut-être rien dit !
Comment comprendre cette révélation ?
Pourquoi révéler à ce moment-là ? Pour attaquer la mère, qui savait et qui n'a pas protégé ? Pour se venger de la mère qui la met à la porte ? Cette révélation est-elle crédible ?
Un signalement, une enquête et une mesure de protection s'imposent.
La révélation d'un abus sexuel dans un cadre intrafamilial, puisque Sandra met en cause son oncle maternel, interroge l'histoire de cette famille et de possibles non-dits sur plusieurs générations.

• *L'annonce de la grossesse gémellaire*

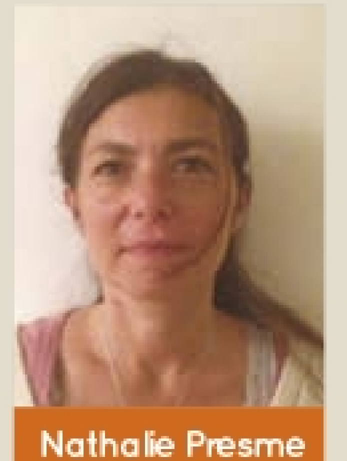
Comment réagit-elle à cette annonce ? Y a-t-il des jumeaux dans les deux familles ?
Elle porte un fœtus garçon et un fœtus fille, quels fantasmes cela déclenche-t-il dans ce contexte où elle dit avoir été abusée par son oncle ? Le vécu intense de persécution émerge-t-il au moment où la réalité de la mort du fœtus garçon viendrait rencontrer dans son fantasme un désir inconscient de l'éliminer pour protéger le fœtus fille ? Cela peut-il expliquer le déni du décès du jumeau mâle ? Ou bien le fait-elle exister, toujours présent *in utero* mais mort, investi de manière idéalisée, car moins dangereux ?

• *Le deuil périnatal lié à la perte d'un jumeau : quelle place pour l'enfant survivant, la petite fille ?*

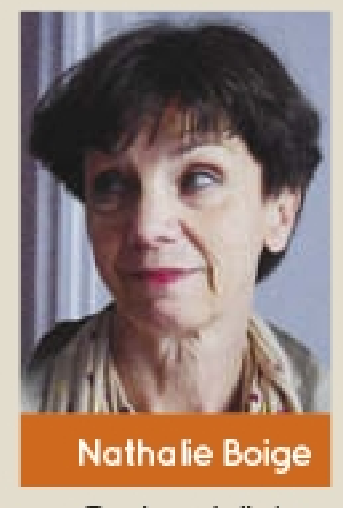
Vie et mort sont là réunies dans un même portage !
Il s'agit de l'accompagnement de la grossesse et du deuil périnatal. La date de naissance de la petite fille sera toujours marquée par la date officielle du décès du frère jumeau. Comment Sandra vit-elle les mouvements actifs du bébé vivant ? Comment accueillir la coexistence, après la naissance, des émotions de joie liées à la naissance, mais aussi autoriser la tristesse et les larmes liées à la perte d'un bébé ? Il s'agira, pour Sandra, de faire une place différenciée pour chacun de ses deux enfants, l'une vivante, l'autre mort.

• *Beaucoup d'autres questions*

Où était-elle avant d'arriver dans ce service ?
Comment vit-elle la séparation avec son copain ?
Que ressent-on dans le contact avec elle ? Quels liens a-t-elle avec les autres femmes enceintes du service ?
Que repère-t-on de sa structure psychique ? Une fragilité narcissique ? Un côté sensitif ? Comment établit-elle le lien ? Est-elle déprimée ? A-t-elle tendance à l'agir ? Accepte-t-elle les règles du service ? Commence-t-elle à envisager l'accueil de ses deux bébés, la petite fille vivante et le fœtus mort ?
Par ailleurs, il est évoqué que Sandra pense retirer sa plainte, car elle n'en aurait pas mesuré les conséquences. Sandra étant mineure, le professionnel qui reçoit ses révélations est dans l'obligation de signaler. Mais comment comprend-on le mouvement de retrait de Sandra ? Fausse allégation ? Désir de protéger malgré tout cet oncle dans un mouvement très ambivalent ?
Même si Sandra souhaite retirer sa plainte, le procureur peut décider de poursuivre une mesure de protection à la suite des premières évaluations. Par ailleurs, la femme enceinte est considérée comme une personne potentiellement vulnérable, ce qui donne une portée particulière à la plainte, et Sandra est mineure.
Sandra présente des signes de menace d'accouchement prématuré, ici appelées « *mapounette* ». Ces contractions utérines, même si elles ne modifient pas le col, qu'expriment-elles pour Sandra ? Est-ce une sorte de mise en scène inconsciente ? On peut repérer dans cette observation qu'un mode de réaction de Sandra est d'expulser, de rompre les liens : la première maternité, les psys, la sage-femme, etc. Met-elle en scène un vécu personnel de s'être sentie expulsée, lâchée, rejetée ?
Les contractions utérines sont-elles le témoin d'angoisses et de peurs, comme celles issues des mouvements actifs du fœtus et de l'approche de l'accouchement, peurs d'effraction et de débordement émotionnel fréquemment retrouvées chez les femmes qui ont vécu un abus sexuel ?
Ce sont autant d'interrogations que j'exprime, à partir du cas clinique de Sandra, en tant que pédopsychiatre, exerçant depuis longtemps dans une maternité au plus près des futurs pères et mères, toujours à l'écoute de tous ces nœuds du passé qui cherchent à se faire entendre dans le présent d'une grossesse et en recherche de sens. Il s'agit d'être à l'écoute de ce que chaque femme, dans sa singularité, transmet de sa réalité psychique et de ses représentations, sans projeter des interprétations plaquées, toutes faites.
Si, dans cette histoire clinique, « les psys s'autorisent à dire qu'elles vont voir », n'est-ce pas là une façon de faire l'éloge de l'énigme et du questionnement, du refus d'un savoir tout prêt, d'une recherche de sens qui prend du temps, et le témoin d'une capacité de recevoir l'énigme de l'autre-sujet, différent, qui fonde notre engagement clinique ?



Nathalie Presme
Pédopsychiatre
Psychothérapeute
Praticien hospitalier



Nathalie Boige
Gastropédiatre

Madame B, Monsieur B et Hugo

L'histoire de cette famille est relativement représentative des difficultés rencontrées par certains parents lorsque se présente un décalage entre le désir d'enfant et l'inscription dans un processus de parentalité. Fort heureusement pour Hugo, la présence paternelle a été telle qu'elle a permis de contenir, et la mère, et le bébé. Quelques symptômes de l'enfant, fréquents en périnatalité et qui exacerbent parfois les aléas de la construction du lien, justifieront d'autant plus un accompagnement pluridisciplinaire croisant psyché et soma.

Madame B vient d'apprendre qu'elle est enceinte de son deuxième enfant. Ayant dû recourir à une procréation médicalement assistée (PMA) pour le premier, elle n'avait pas pensé être enceinte spontanément, et la découverte de cette grossesse est une surprise. Immédiatement, elle se sent envahie d'intenses angoisses, elle est parcourue de multiples questions concernant sa capacité de gérer un deuxième enfant, elle est « terrorisée ».

La première grossesse de Madame B avait été particulièrement difficile pour elle sur le plan psychique. Elle s'était montrée très anxieuse, envahie de doutes sur ses capacités de s'occuper d'un enfant et dans l'incapacité de convoquer, dans son monde interne, une bonne image maternelle comme point d'appui de sécurité et comme repère identificatoire. Elle avait ressenti des moments d'« angoisse catastrophique », des craintes d'effondrement, qui s'étaient poursuivis après la naissance, la plongeant dans un état dépressif profond. Si, au cours des deux premiers jours passés à la maternité, elle s'était sentie heureuse de la naissance de sa petite fille, elle avait été ensuite plongée dans des angoisses intenses à l'idée du retour au domicile. Son mari, présent, assurait un étayage de bonne qualité, mais il avait dû reprendre son travail une semaine après l'accouchement. Une dépression postnatale avait majoré son sentiment d'incapacité d'être mère, vécue comme une blessure douloureuse venant aggraver des failles narcissiques anciennes.

Les relations avec son premier enfant étaient compliquées. Cette enfant lui paraissait difficile, peu docile, pleurait souvent. Elle s'était sentie mise en échec et avait ressenti des doutes sans fin et beaucoup d'insatisfaction à devenir mère. Elle s'était alors appuyée sur son mari, très maternant, qui était déjà père d'un adolescent et qui était ravi de s'occuper d'un nouveau bébé, ainsi que sur des professionnels qu'elle sollicitait très souvent. La petite fille avait été admise tôt en crèche, et Madame B avait retrouvé un équilibre précaire. Son médecin traitant gérait avec elle un traitement psychotrope. Elle pensait de temps en temps à un deuxième enfant dans l'idée d'« *être comme tout le monde* », voyant à la sortie de l'école les autres femmes enceintes, mais aussi parce que son horloge biologique commençait à lui faire penser que ce ne serait bientôt plus possible. Elle gardait également en secret l'idée qu'un nouvel enfant viendrait réparer cette première expérience qu'elle pensait ratée, tout autant que sa fille, qu'elle pensait être une « mauvaise enfant », capricieuse.

La petite fille avait présenté des difficultés alimentaires dès le premier âge et restait très sélective dans ses choix.

La découverte qu'elle était enceinte était ainsi teintée d'une grande ambivalence, associant espoir et terreur : pourrait-elle être capable de gérer cet enfant ? La plongerait-il, comme la première, dans une grave dépression, était-il possible de poursuivre la grossesse avec son traitement psychotrope ? Pourrait-elle allaiter ?

Étant donné son traitement et ses antécédents, un suivi de la grossesse est organisé dès les premiers mois à la maternité. Un obstétricien, puis une sage-femme hospitalière la verront tous les mois ; des échographies de référence →

surveilleront le fœtus ; un accompagnement par la pédopsychiatre de la maternité s'installera toutes les semaines en lien avec le médecin traitant ; et la sage-femme de secteur sera un point d'appui à domicile. Pour anticiper le post-partum, le mari prendra ses dispositions pour pouvoir être présent un long moment auprès de sa femme et pour l'aider avec les deux enfants.
La grossesse est émaillée d'angoisses importantes que Madame B parvient à contenir seule ou avec l'aide des professionnels.
En consultation, Madame B se dévalorise sans cesse, elle transmet des idées d'incapacité, d'insatisfaction, de haine envers tous ceux qui la lâchent sans cesse, et notamment son mari quand elle se retrouve seule à gérer sa fille aînée, qui, dans les moments d'opposition, déclenche chez elle des élans d'agressivité et de violence qu'elle retient et qui la confortent dans son idée qu'elle n'est pas une bonne mère. Seuls les autres, et tout particulièrement son mari, savent bien faire. Pour autant, face à cette relation père-fille, elle est envieuse et haineuse, ce qui la fait souffrir.
La crainte clinique de l'effondrement, nous dit Donald W. Winnicott (1974), est « *la crainte d'un effondrement qui a déjà été éprouvé* ».
Le sentiment de lâchage, si terrible, réactualisé par la grossesse, mais dont elle souffre aujourd'hui, s'origine dans son passé. En effet, sa mère est morte accidentellement lorsqu'elle avait dix-huit mois. À l'époque, rien ne lui est dit. Son père s'est occupé d'elle, sans un mot, probablement déprimé par la perte de sa femme, avant de se remarier et de confier les soins de l'enfant à sa nouvelle femme.
Les liens de Madame B avec cette belle-mère n'ont pas été bons, elle s'est montrée « pleurnicharde », mais n'a pas trouvé à se consoler. Elle est alors devenue une petite fille docile et sage, « transparente », mais pleine de haine envers cette belle-mère. À dix-huit ans, elle quitta la maison pour chercher du travail.
De fait, dans ce processus de maternité, elle se sent sans référence maternelle rassurante.
La grossesse se déroule avec des hauts et des bas sur le plan psychologique, mais très bien sur le plan obstétrical, et elle est rassurée par rapport à son traitement médicamenteux. L'équipe de professionnels qu'elle idéalise et auxquels elle n'hésite pas à avoir recours la rassure et lui permet de mener la grossesse à terme. Le deuxième enfant « Hugo » se porte bien à la naissance. C'est un beau garçon de 3 kg 500 qui prend très bien le biberon. Elle est peinée d'avoir dû renoncer à l'allaitement, mais la petite distance introduite par le biberon et la possibilité de vérifier les quantités de lait ingérées par son bébé la rassurent.
En suites de couches, elle est moins irritable que la première fois et peut s'autoriser à être contente, mais pas trop – le bonheur lui a toujours fait peur, parce qu'il peut se perdre. Le bébé sera suivi à la PMI, et des consultations parents-bébé pourront se mettre en place à leur demande.
Le post-partum se déroule mieux après cette deuxième naissance. Madame B est anxieuse, mais pas déprimée.
Le bébé est gratifiant, même si le pédiatre de la PMI diagnostique un reflux gastro-œsophagien (RGO) qui soulève, comme chez la plupart des parents, des craintes terribles de perte et des angoisses de mort subite inexpliquée du nourrisson (MSIN). Un traitement médicamenteux est préconisé, mais, pour éviter toute régurgitation chez Hugo, Madame B le mobilise peu, le laisse souvent dans son transat et, ainsi, le met à distance avec une « excuse » médicale. Elle est alors moins submergée par la pulsionnalité du bébé, et elle peut « à petite dose » s'autoriser des moments de rapprochement qui lui plaisent, quand elle se sent disponible.
Lorsque Hugo est âgé de huit mois, Madame B me recontacte pour un motif banal. Elle souhaite me revoir, avec son mari et Hugo, pour poursuivre le suivi engagé à la maternité. Elle ne me transmet pas d'inquiétudes particulières, elle voudrait me montrer qu'ils vont bien en dehors du reflux de l'enfant qui l'inquiète. Elle voudrait aussi me parler de sa fille aînée avec qui la relation reste conflictuelle.
Comme souvent en consultation, un tapis avec des jouets est à la disposition des parents, afin de pouvoir y poser leur enfant. Hugo est sur les genoux de sa mère et montre son envie d'être posé, mais la mère le retient. Hugo cède et ne montre plus rien. La mère m'explique qu'elle ne peut pas le poser, parce qu'il a un reflux et qu'il va régurgiter. Son mari lui propose d'essayer. Pendant que je les écoute me raconter comment ils se débrouillent avec leurs deux enfants, j'observe Hugo sur le tapis. Il reste immobile, impassible et ne cherche pas à se retourner, et encore moins à aller chercher les jouets. Les parents remarquent que j'observe leur enfant et nous l'observons ensemble. Hugo suit très bien des yeux un objet attirant, mais n'engage aucune initiative motrice. Il est passif. Seuls ses yeux montrent un intérêt pour les objets et la relation. Les parents remarquent mon inquiétude et, spontanément, s'interrogent. Depuis la naissance, ils réalisent qu'ils n'ont jamais joué avec leur fils, de peur des régurgitations : pas de jeu corporel, de massages, de comptines, de coucou, etc. Hugo est un enfant dit « facile », il mange bien, est souriant, gratifiant et peu demandeur. Hugo est trop passif, et les parents n'ont rien engagé avec lui sur le plan relationnel.
Je leur propose, comme je le fais souvent face à un symptôme de l'enfant, de rencontrer une gastropédiatre, le docteur Nathalie Boige, pour faire le point sur le reflux. Ma demande

est de démêler les signes objectifs du reflux des conduites de surprotections parentales comme contre-investissement de leurs angoisses face à la trop grande pulsionnalité du bébé. Ils acceptent volontiers cette rencontre.
Ces parents vont réagir rapidement, permettant à Hugo d'évoluer et de reprendre un développement tout à fait normal. Il devient un petit garçon éveillé, rieur et très gratifiant, nouant avec ses parents une spirale relationnelle positive.

LA CONTENANCE MATERNELLE OU LE POT FÊLÉ

Je rencontre donc Hugo et ses deux parents en consultation de gastropédiatrie, sur les recommandations de Nathalie Presme, avec qui j'ai eu des échanges téléphoniques préalables.
Hugo est alors âgé de huit mois et demi, lorsque je le vois pour la première fois, et il a déjà un long passé pédiatrique. Les parents me font un récit de ses premiers mois de vie aérienne, de ses symptômes et des traitements reçus :
Hugo est né avec un poids de 3 kg 500 g. Il est nourri au biberon d'emblée. Il a été constipé dès la naissance. Il a eu de nombreux changements de lait, jusqu'à un « hydrolysat » (lait pour les bébés ayant une allergie aux protéines du lait de vache). Il a des signes de reflux gastro-œsophagien : régurgitations tardives et douloureuses. On lui donne un médicament antisecrétoire acide. Il a une « dysphagie » (déglutition douloureuse) et s'arrête de boire en hurlant dès le début du biberon, ce qui fait craindre un début d'œsophagite. On double alors le traitement, qui sera ensuite interrompu aux six mois de Hugo lorsqu'il entrera en crèche. Par ailleurs, il a une bronchiolite à cinq mois, une autre à six mois, puis à sept mois. À huit mois, lors de la quatrième bronchiolite, un traitement corticoïde inhalé et bronchodilatateur est préconisé. On reprend également l'antisecrétoire acide et des pansements gastriques. On pose alors le diagnostic d'« asthme du nourrisson ». Il n'aime pas les médicaments, à l'exception du pansement gastrique au goût de framboise.
Cette histoire médicale m'est racontée d'une voix monocorde par des parents épuisés, avec de grandes précisions pharmaceutiques de la part de la maman, dont j'apprendrai qu'elle est biologiste. Rien ne m'est dit du passé psychopathologique de la maman ni du développement de Hugo.
À huit mois et demi, Hugo est un bébé plutôt grand et d'une bonne corpulence.
Il a un régime diversifié avec du lait « transit », des compotes, des légumes, de la viande, du poisson et des biscuits avec lesquels il fait des fausses routes. Il mange goulûment cinq repas par jour. Il pleure juste après le repas (ce qui témoigne généralement de douleurs coliques) et se tortille. Il se réveille plusieurs fois par nuit et peut pleurer une heure entière de 3 h à 4 h du matin. Il est constipé : ses selles sont dures comme des billes (une à deux par jour), il a eu une fissure anale, malgré les essais de traitement à l'aide d'eau Hepar, de gelée d'huile de paraffine, de laxatifs doux osmotiques. Il a des signes indirects de RGO : rots tardifs douloureux, rares vomissements, bronchiolites à répétition dans la pathogénie desquelles le RGO peut jouer un rôle. Ces bronchiolites persistent durant les périodes où Hugo est traité par antisecrétoire acide, ce qui montre que d'autres facteurs étiologiques sont en cause, tels que les viroses, le mode de garde en collectivité, une hyperréactivité bronchique. Cet état respiratoire justifie la poursuite du traitement antisecrétoire acide et du traitement inhalé anti-inflammatoire et bronchodilatateur.
Lors de la consultation, Hugo se présente comme un bébé un peu grognon, soucieux. On note d'emblée que le →

Suivre une grossesse spontanée après une PMA

Madame B. est enceinte spontanément pour sa deuxième grossesse, alors qu'elle avait eu recours à une assistance à la procréation pour la première. Il s'agit là d'un phénomène assez fréquent, que l'on retrouve aussi après une adoption, comme si les barrières qui empêchaient d'être enceinte spontanément tombaient d'elles-mêmes une fois le corps forcé à faire ce qu'il avait rechigné à donner. Ou bien il lui fallait plus de temps pour procréer spontanément, et l'assistance médicale à la procréation (AMP) est venue court-circuiter le rythme naturel de ce couple en glissant une grossesse aidée avant celle qui peut arriver des années après. Ce ne peut être le cas que lorsqu'il s'agit d'une infertilité inexpliquée, bien entendu. Or, celle-ci reste une des principales indications de nos traitements par procréation assistée qui sont alors appliqués de façon empirique.

Le récit de l'histoire de Madame B nous apprend que le suivi obstétrical s'est organisé en maternité. C'est, en effet, souvent plus rassurant qu'un tel suivi complexe pour la patiente et son bébé « à risque relationnel » soit groupé pour que du lien puisse se faire facilement entre les différents professionnels qui se connaissent probablement déjà. Les choses sont plus difficiles à organiser quand le suivi est fait par un gynécologue de ville.

Lorsque l'obstétricien reçoit cette patiente, un courrier du psychiatre lui est sûrement transmis. L'anamnèse lui révèle la PMA lors de la première grossesse, le suivi psychologique et le traitement psychotrope. De plus, les angoisses et les doutes reviennent vite chez une patiente si fragile, pour peu que le dialogue singulier puisse s'installer. Je dirais que le rôle de l'obstétricien est alors d'installer un climat de confiance, de rassurer Madame B. En ce qui concerne le traitement psychotrope, il faut, bien sûr, faire la balance bénéfice / risque, comme pour tout médicament, et d'autant plus pendant la grossesse. Mais les futures mamans très angoissées, déprimées ou psychotiques, comprennent bien l'importance de leur bon état psychique pour l'accueil physique de leur nouveau-né. Cela nécessite souvent un lien avec le psychiatre, par courrier, par téléphone ou, mieux, lors d'une synthèse interdisciplinaire. La patiente sera très sensible au fait que les professionnels se connaissent et travaillent ensemble sur sa situation. Elle se sentira portée par ce lien.

Il s'agit aussi de se montrer disponible, éventuellement par téléphone, pour les questions parfois répétitives que cette patiente angoissée ne manquera pas d'avoir.

Micheline Blazy

papa donne souvent lui-même les renseignements anamnestiques, porte son bébé bien arrondi contre lui durant les trois quarts de la consultation, tout en laissant la parole à sa femme, lorsqu'elle la demande. Les deux parents parlent peu avec leur bébé, mais le regard de Monsieur est très enveloppant, alors que Madame est beaucoup moins présente dans la relation. J'examine longuement Hugo, et je lui parle beaucoup, ainsi qu'à ses parents, ce qui finit par tisser un bain de paroles à trois (quatre avec les réactions de Hugo qui est peu loquace, mais très expressif). Il nous montre progressivement toutes ses compétences (comme si cela devenait possible au fur et à mesure que l'angoisse médicale des parents s'apaise). Il joue avec ses mains, se met à babiller, tient bien assis et tourne la tête avec des mimiques pour attirer l'attention des adultes et les séduire. Il est important de noter que l'examen médical de Hugo est normal – en dehors d'une gorge un peu rouge –, avec en particulier une auscultation pulmonaire parfaite.

Cette première consultation est l'occasion d'expliquer aux parents, schémas à l'appui, le RGO, les bronchiolites, la constipation ; j'allège autant que faire se peut les traitements médicamenteux ; je rassure sur le fait qu'aucun examen complémentaire n'est nécessaire.

Mon travail avec Hugo et sa famille va consister en cinq consultations. Je continue à écouter et soutenir la plainte médicale, à m'ajuster au cas par cas aux maladies bénignes mais récurrentes de Hugo, à donner des explications et de l'espoir concernant la maturation progressive de son fonctionnement digestif, immunitaire, etc. Je module les traitements médicaux selon la situation. Il a toujours quelques symptômes de RGO, quelques infections bronchiques. Le traitement de la constipation est arrêté à l'âge d'un an et, à dix-sept mois, il prend encore un antisecrétoire acide à petite dose.

Il ne se réveille plus la nuit depuis l'âge d'un an, sauf lors d'infections ORL.

Je propose aux parents et à Hugo une mise en histoire (narrativité) et en lien des péripéties médicales de Hugo, de ses progrès psychomoteurs, ainsi que de son bien-être affectif et interactif. La mise en perspective et en mots participe à l'intégration psychosomatique de cet enfant, qui prend son temps : il se retourne un peu dans son lit et apprend à se déplacer en reculant sur le ventre à neuf mois, il se tient debout et commence à apprendre à marcher à partir de quatorze mois. Il nous est possible d'en sourire avec les parents, en constatant qu'il est beaucoup plus dans le langage, l'exploration et les échanges.

L'histoire n'est pas finie. Ce petit garçon qui semble s'épanouir et se développer de façon harmonieuse reste un enfant « à risque psychosomatique », dont la petite enfance aura été marquée par des maladies récurrentes qui nous amènent à penser qu'une trame inconsciente et ancienne lui fait encore privilégier l'expression somatique de ses conflits développementaux et affectifs.

Pour en revenir à des considérations pédiatriques plus générales, je dirai que les symptômes digestifs de Hugo sont fonctionnels et pourraient être abordés sous l'angle de la contenance maternelle et de la pathologie des limites. En effet, la contenance ou fonction contenante se transmet de la mère au bébé. Cette contenance est à la fois physique et psychique et s'enracine dans des interactions satisfaisantes, au sein desquelles la relation orale joue le rôle fondamental et princeps. Pour que la mère donne à son bébé une bonne fonction contenante, il faut qu'elle-même ait été bien contenue. On sait que l'histoire maternelle de Madame B a été particulièrement carencielle et traumatique. Ici, les interactions maternelles sont saccadées, angoissées, parfois vides, instables. Le bébé est hypotonique et instable, non contenant (RGO), hypertonique et trop contenant, « rétentionniste », avec une constipation. En effet, le RGO s'explique le plus souvent sur le plan somatique par une hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage, barrière antireflux qui laisse remonter passivement le contenu gastrique acide dans l'œsophage. À l'inverse, le bébé constipé est hypertonique dans son fonctionnement sphinctérien, contracté, ce qui empêche la défécation.

La contenance paternelle est ici remarquable, quasi exemplaire et rarement observée une telle qualité.

Les infections respiratoires à répétition peuvent s'envisager dans une double perspective psychosomatique : immunité défaillante, réponse inflammatoire et neurovégétative bronchique, mais aussi trouble de la transmission de la protection et des limites par la mère, rapport compliqué de fusion-séparation comme dans la relation allergique décrite par Pierre Marty. Il nous arrive d'observer, dans certains cas, que, pour la mère, l'« existence » du bébé et du lien mère-bébé repose sur la récurrence des maladies (les bébés « carnet de santé »), qui fournissent de façon « opératoire » une sorte de continuité dans la préoccupation médicale et vitale qu'elles sollicitent.

La contenance paternelle est ici remarquable, quasi exemplaire et rarement observée avec une telle qualité, venant contenir le bébé, mais aussi et surtout la mère, et permettant, avec le travail des professionnels, un développement satisfaisant de Hugo.

On pourrait aussi évoquer, dans cette situation, une faille de la pulsion de vie maternelle, et les effets à retardement d'une dépression maternelle sévère. Néanmoins, il me semble que, contrairement à ce qui s'est passé durant la première grossesse de Madame B, le versant dépressif de la pathologie maternelle a pu être contenu et traité, et que le père, dans ce domaine également, a su prendre le relais avec sa propre pulsion de vie.

On voit qu'un grand travail d'accompagnement psychothérapique et de psychomotricité pour Hugo a déjà été effectué, pourrait-on dire, et qu'il reste pour le pédiatre une « rééducation », ou plutôt un accordage, une intégration psychosomatique à tenter.

L'INTERDISCIPLINARITÉ AU CŒUR DE LA PRATIQUE EN PÉDIATRIE

Pour le pédiatre qui s'occupe de très jeunes enfants, de nouveaux-nés, voire de bébés prématurés, il existe une interdisciplinarité naturelle, implicite et nécessaire avec l'obstétricien et la sage-femme. En effet, le bébé qu'il soigne est issu d'une grossesse et de ses aléas – de la préparation à la naissance –, et le soin du bébé est intriqué avec le suivi postnatal par la sage-femme. Cette interdisciplinarité est d'autant plus féconde que les échanges sont mutuels, permettant une prévention et un accompagnement du bébé une fois né.

En revanche, la psychosomatique est une interdisciplinarité qui ne va pas de soi, et cette interdisciplinarité peut être « externe » et « interne ».

La psychosomatique n'a pas été ma vocation première, mais est venue secondairement enrichir et progressivement transformer mon exercice de gastropédiatre. C'est une sorte de mission que m'ont confiée, voire imposée, mes petits patients au vu de la dimension psychique qui pouvait être tant la cause, ou la conséquence, de leur maladie.

Dans le courant du dernier tiers du XXe siècle, certaines spécialités médicales, comme la gastropédiatrie, ont fait des progrès techniques qui ont été très profitables, mais qui ont transformé le soin en une série d'examens intrusifs, pas toujours utiles, au détriment de la parole échangée, de la partie clinique, de l'observation durant la consultation, alors que la pédiatrie française avait auparavant une tradition plutôt humaniste. On nous enseigne à l'université une médecine scientiste, à la causalité simple – signe, diagnostic, traitement –, aux idées courtes.

Ma rencontre avec la souffrance psychique du bébé s'est faite progressivement, après que celle des enfants que je soignais en consultation de gastropédiatrie pour encoprésie, douleurs abdominales ou pour maladie inflammatoire du tube digestif, m'a « sauté aux yeux ».

Lorsqu'un pédiatre s'intéresse au versant psychique de la souffrance de son patient, il peut systématiquement en déléguer la compréhension et le soin au « psychiste », ce qui est un risque de poursuivre le clivage psyché / soma ou initier à l'intérieur d'une même tête une compréhension double, psychosomatique, de la situation et du soin, en orientant secondairement vers le psychanalyste en cas de besoin.

En effet, si l'on sait, depuis Donald W. Winnicott, qu'un bébé seul ça n'existe pas, je dirais que, chez le bébé, un symptôme seul, ça n'existe pas. Le bébé exprime avec son corps ses souffrances physique et psychique. Il ne s'agit pas du symptôme *de novo* d'un bébé seul, mais il vient de plus loin et exprime quelque chose de l'histoire des parents et du bébé.

Le soin psychosomatique associe, en continu, le travail médical *stricto sensu* et l'abord psychodynamique de la situation que permet la psychanalyse. Il s'agit d'un abord global de l'enfant avec son symptôme dans sa famille, une mise en mots, en histoire, en perspective. J'utilise mes connaissances médicales, en même temps que mes connaissances en psychologie développementale et en psychanalyse.

Il fallait donc apprendre, hors du cadre classique de la faculté de médecine, à se mouvoir dans une autre discipline et à l'intégrer dans sa pratique, comme le bébé doit réaliser une intégration psychosomatique. Cela débute par le travail analytique personnel, puis l'apprentissage et les échanges dans des colloques, des séminaires, et l'émotion de la rencontre avec de beaux textes et des maîtres tels que Donald W. Winnicott et Léon Kreisler.

Cela transforme la consultation pédiatrique en une consultation thérapeutique et élargit les outils ou leviers thérapeutiques mis en œuvre. On peut ainsi proposer une empathie particulière, que j'appelle « biopsychique », utiliser l'observation du bébé et des interactions dans la consultation, réfléchir à son contre-transfert et à ce que la situation réveille dans le bébé qui est en nous, faire un travail de narrativité, utiliser sa capacité de rêverie et de métaphorisation. Le médecin apprend aussi, chemin faisant, ce qu'est la capacité négative chère aux psychanalystes : savoir accueillir l'informe, accepter de ne pas tout comprendre et ne pas tout soigner.

La collaboration avec les psychanalystes peut se faire sous forme de consultations en binôme, de collaboration indirecte, intervision, ou de collaboration directe lorsqu'un envoi de la famille est justifié. Elle doit alors reposer sur des échanges réguliers, afin d'éviter la sensation d'abandon ou de clivage chez les patients. Cette collaboration d'« interdisciplinarité externe » est très enrichissante pour les deux protagonistes qui apprennent à connaître le champ de l'autre, elle a une créativité de pensée qui se traduit dans une grande synergie thérapeutique.



Odile Tagawa
Sage-femme
Formatrice

Transmission, connaissance La sage-femme et

Si la pratique de la sage-femme s'inscrit véritablement dans l'interdisciplinarité, il n'en demeure pas moins que des obstacles doivent encore être levés pour qu'elle puisse mener à bien ses missions de surveillance et de prévention. Pour cela, Odile Tagawa plaide pour qu'une attention particulière soit portée sur la transmission des informations entre les différents intervenants et que les professionnelles soient formées à décrypter, au-delà du somatique, les signes de souffrance psychique et les difficultés dans les interactions.

À observer les difficultés que les sages-femmes rencontrent dans leur pratique, à entendre les situations présentées par les consœurs lors de groupes d'analyse de pratique ou de journées de formation, il ressort qu'une pratique véritablement basée sur une interdisciplinarité bien comprise exige que soient pensés plusieurs points : les transmissions, la connaissance du réseau et une formation adaptée aux enjeux psychiques de la périnatalité.

LES TRANSMISSIONS

Si nous reprenons l'histoire de Madame B qui vient d'être présentée par Nathalie Presme et Nathalie Boige (pp. 41-45), on voit bien combien la place de la sage-femme ne peut se construire qu'en lien avec l'équipe hospitalière, mais aussi avec les psys qui interviennent auprès de la patiente. Cela n'est possible que si les transmissions ont été pensées dans cette direction.
Souvent, les visites sont prescrites de façon plus que laconique : « Suivi par sage-femme à domicile une fois par semaine pour MAP » et l'on doit aller à la pêche aux informations… Dans ce cas, j'imagine que la transmission a été pensée par l'équipe de maternité et par la pédopsychiatre, et qu'elle a pu se présenter ainsi : « Suivi et accompagnement pour antécédent de dépression postnatale (DPN), traitement par psychotropes et prise en charge par la pédopsychiatre de la maternité. » Ces simples éléments de transmission, sans s'étendre sur une histoire qui relève de l'intime maternel, nous permettent de mieux penser notre accompagnement, mais aussi de mieux comprendre les difficultés probables dans notre relation avec la maman. Si je sais que tout cela est la manifestation d'une grande souffrance et que cette souffrance est entendue ailleurs et travaillée ailleurs, alors je peux me tenir aux côtés de cette famille, apporter avec constance mes soins de surveillance, ma réassurance du



du réseau et formation l'interdisciplinarité

bien-être de la grossesse et ma confiance dans une issue favorable non seulement aux niveaux somatique mais aussi psychique.

Cette question cruciale de la transmission est souvent négligée dans les formations et les analyses de pratique, or elle est souvent source de tensions, de conflits et d'incompréhensions. Quoi transmettre ? À qui ? Pourquoi ? Comment travailler cette question avec les parents ?...

Je renvoie aux notions législatives (secret professionnel, secret partagé...) et psychiques (public, privé, intime...) pour seulement rappeler que ce registre de l'intime s'oppose à la notion de transparence, il constitue une frontière qui limite les transmissions au sein de l'équipe. La possibilité de travail en réseau, dans l'interdisciplinarité, demande au groupe d'acteurs professionnels de renoncer à la pulsion du « tout voir, tout savoir ». Pour René Kaës (2009), ce pacte au sein du groupe, reconnaissant la nécessité du renoncement pulsionnel et s'accordant sur ce qui doit rester secret, est la condition même de sa cohésion.



Enfin, il y a la part des transmissions écrites (cet exercice nécessiterait, dans les formations, d'être travaillé dans des travaux pratiques à partir de situations cliniques) et la part des transmissions orales, des réunions de synthèse, des staffs, mais aussi des temps de rencontre qu'il faut savoir ménager dans l'emploi du temps d'un exercice libéral. Dans le cas de Madame B, une rencontre avec la pédopsychiatre du service me serait certainement très utile en me donnant ainsi l'occasion de m'entretenir de ce qui me préoccupe dans l'évolution des choses. C'est beaucoup demander dans le cadre d'une activité déjà surchargée, mais ces petits moments de lien nous permettent de sentir que l'on fait bien partie de la même équipe, améliorent l'estime du professionnel et, par là, ses capacités d'offrir une relation d'aide à la famille.

CONNAISSANCE DU RÉSEAU PÉRINATAL

Il s'agit déjà de connaître les différents acteurs et structures : connaissance des rôles de chacun, mais aussi connaissance locale non seulement des statuts, mais des qualifications et compétences de chacun. Nous ne sommes pas interchangeables.

Se connaître, se faire connaître, passent par la création de structures associatives qui permettent, en particulier dans l'échange institutions-praticiens de ville, de rompre l'isolement du libéral et de proposer des interlocuteurs collectifs.

La période actuelle est riche en propositions innovantes pour le soutien à la parentalité, la prévention psychique précoce : outre les colloques qui popularisent des expériences pilotes, il est indispensable, au niveau local, de présenter aux professionnels de proximité (puéricultrices, →

sages-femmes, techniciens de l'intervention sociale et familiale) ces nouvelles ressources.

FORMATIONS

La qualité de l'accompagnement périnatal exige des formations aptes à donner des outils mobilisables par les sages-femmes pour repérer les signes de souffrance psychique, les difficultés dans les interactions précoces, mais aussi pour savoir accompagner et soutenir les parents dans ces situations.

« *La possibilité d'une prévention psychique précoce réelle et bientraitante passe par la possibilité pour les professionnels du périnatal, non spécialistes du psychisme, d'acquérir des repères utilisables pour constater l'existence de risques psychiques. Nous ne pouvons pas nous contenter de nous référer uniquement à une liste de facteurs de risques préétablie. Ce n'est qu'en couplant la notion de facteurs de vulnérabilité avec celle de signes observés que nous pouvons passer d'une prévention du soupçon (sur le risque présumé) ou d'une prévention à panier percé (les situations non repérées) à une prévention prévenante.* » (Tagawa, 2012.)

La possibilité d'aider une femme à se préparer à la naissance, puis à l'accompagner dans le postnatal, passe, si des signes d'appel psychiques sont observés, par un travail de co-élaboration avec les psychistes pour mieux penser notre accompagnement. Mon expérience de formatrice et de nombreux groupes d'analyse de pratique m'amènent à défendre avec obstination l'idée d'une formation des professionnels de première ligne par un pool de formateurs interdisciplinaires, dont le maître d'œuvre doit être un professionnel de la corporation formé : la conception, la construction, la régulation de ces formations sur la dimension psychique ne peut se faire qu'avec les praticiennes et praticiens de terrain, celles et ceux intéressé(e)s par la dimension conceptuelle de leur profession, et dont la clinique est déjà riche d'accompagnements basés sur la complémentarité des partenaires.

Donner des outils mobilisables pour repérer les signes de souffrance psychique et les difficultés dans les interactions.

La cas de Madame B me semble d'ailleurs un excellent récit à proposer dans le cadre d'une formation de sages-femmes sur le thème : « De la prévention psychique précoce et de la nécessaire complémentarité avec les psys… » Ce récit permettrait aux sages-femmes de mieux se représenter le travail de la pédopsychiatre de maternité et celui d'un pédiatre sensible à la lecture psychosomatique des symptômes du bébé. Il offrirait aussi un bon exercice pédagogique en travaillant les questions suivantes :

• Quelles difficultés, au cours de l'accompagnement par une sage-femme, peuvent émerger chez Madame B ?
• Place, rôle et fonction de la sage-femme dans cette situation ?
• Quelle temporalité pour son intervention ?

C'est une tentative de réponse à cet exercice que je voudrais proposer ci-après.

Au cours de la grossesse

Il s'agit ici de rencontrer une femme enceinte inquiète, anxieuse, insatisfaite dans sa relation à son aînée, facilement agacée par une enfant qu'elle trouve capricieuse, manifestant un besoin constant d'être rassurée par les professionnels qui l'entourent. L'interaction avec la sage-femme qui vient effectuer la surveillance de grossesse à domicile peut être très contrastée. Supposons une sage-femme désireuse de prodiguer, outre une surveillance obstétricale de qualité, un accompagnement et des éléments de préparation à la naissance.

La présentation qui nous est faite de Madame B m'évoque bien d'autres situations rencontrées. Celles où se manifeste un agrippement aux examens, conseils et enseignements ; il peut créer, chez la sage-femme, une jouissance de la place de pouvoir qu'elle obtient si facilement auprès de cette femme anxieuse et avide d'être rassurée, sans avoir toujours conscience des mouvements d'idéalisation et de dépendance qu'elle crée à son insu ni avoir un recul suffisant pour pouvoir estimer ce que la femme s'approprie réellement des propositions qu'elle lui adresse.

Celles où la professionnelle bute sur un investissement exclusif de la femme envers l'aspect médical de son intervention avec, en conséquence, un désintérêt manifeste pour tout ce que la sage-femme voudrait apporter par ailleurs : conseils de prévention et de préparation à la naissance, suggestions d'exercices de relaxation… La professionnelle peut alors se trouver affectée par des sentiments troubles : se sentir dévalorisée dans ses compétences, inefficace dans ses efforts de soutien, ambivalente face à cette femme qu'elle peut alors juger infantile ou qui l'agace…

Dans les deux cas, la prise de recul, que seul permet le travail d'analyse des pratiques, permettrait de donner à voir comment la souffrance psychique peut s'exprimer, parfois de façon bruyante et évidente (les manifestations classiquement décrites d'une dépression : abattement, épuisement, insomnies, sentiments d'incapacité et

d'incompétence…), mais parfois de façon plus subtile, plus sourde pour les professionnels médicaux : agrippement au médical ou, de façon plus générale, au savoir d'expertise, postures de contrôle défensif qui rendent inaccessible à la détente, conduites opératoires, absence de curiosité pour les sensations corporelles ou un corps qui ne peut parler que sur le registre de la plainte…

Le risque est grand, faute d'un enseignement suffisant sur la dimension psychique, de banaliser ou de passer à la trappe ces difficultés sans repérer qu'elles font signe : « *Celle-là, c'est une pénible…* » ou « *Bon sang, ce qu'elle est angoissée, elle me pose cent fois les mêmes questions et elle n'écoute même pas mes conseils…* » ou encore « *Elle n'est pas intéressée par la préparation…* » Le risque est grand, alors, de se réfugier dans des visites, où l'acte se réduit et se cantonne à la pose d'un monitoring, le désarroi, voire l'hostilité latente se dissimulant derrière un geste purement opératoire.

À l'inverse, la prise de recul permet à la professionnelle d'identifier dans ces difficultés des signes d'appel psychiques qui parlent de la souffrance de cette mère ; cela lui permet alors de s'appuyer sur les psys (celui de ville et la pédopsychiatre de la maternité) ; grâce à ces tiers internes, quelque chose de sa posture professionnelle peut se détendre et, par là, apporter un peu plus de bien-être à la mère. Il faudra certainement accepter ici, avec simplicité et humilité, de ne pouvoir, lors de l'accompagnement de la grossesse, que très peu transmettre de ce que nous enseignons avec tant de passion et de plaisir : détente, écoute du corps, démarche pour s'approprier la naissance de façon active, pour favoriser les processus naturels, préparation à l'allaitement et aux soins à apporter au bébé. Il se peut que tout cela ne corresponde en rien aux attentes de Madame B, que ces propositions tombent à plat, voire qu'elles irritent la femme, car « le maternel » est trop blessé pour être ainsi abordé de front. Il nous faut accepter que le cheminement vers le « *être mère* » soit un très long chemin qui se fasse en dehors de nous, passe par un travail d'élaboration psychique dans le cadre de ses séances de psychothérapie, où ambivalence, désir et haine peuvent s'exprimer et être analysées.

Sans oublier les autres axes du cheminement maternel qui continuent à guider le travail de la sage-femme, qui, dans le cas de Madame B, aura certainement pour mission de l'aider sur l'axe « sécurité » avec, pour cadre interne, la pensée que les autres axes sont abordés et travaillés ailleurs. Dans le cadre de l'exercice libéral, l'intervention de la sage-femme peut se prolonger au postnatal, assurant ainsi une continuité de soin.

Le postnatal

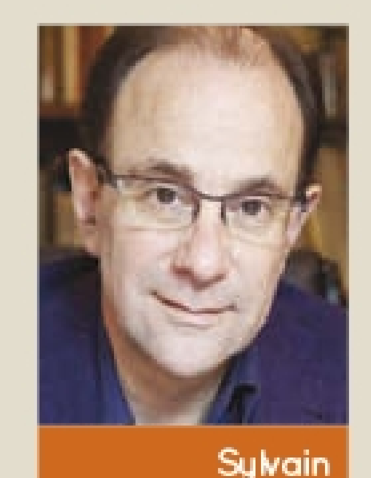
C'est dans ce temps après la naissance qu'émergent difficultés, questions et besoins de guidance des parents dans le concret des soins à l'enfant : pleurs, sommeil, rythmes des soins… C'est alors, grâce à la qualité des liens de confiance qui se sont établis au cours de la grossesse, que peut se déployer le soutien aux premiers liens par une guidance interactive soucieuse d'éveiller les compétences parentales, d'observer les interactions et porteuse des besoins psychiques du bébé.

Le temps de rééducation périnéale, débuté après le quarantième jour, dans la suite des visites postnatales, est particulièrement propice pour établir cet accompagnement. La sage-femme peut définir avec la femme le rythme des séances : souvent une fois par semaine, mais tout est possible, y compris des fenêtres thérapeutiques qui permettront de se revoir après quelques semaines, voire quelques mois.

Parfois, il est bon que la femme vienne seule pour pouvoir bénéficier d'un temps de soin et de retrouvailles avec elle-même, sous la forme de massages ou d'exercices. Parfois, des séances avec le bébé permettent d'échanger autour des rythmes de vie, de l'éducation au sommeil, des besoins de contour du bébé, des gestes de massage ou des différents systèmes de portage et leur place dans les soins d'un nouveau-né. ◗

DOSSIER

La périnatalité à la croisée des pratiques



Sylvain Missonnier

Psychologue clinicien

Professeur de psychologie clinique de la périnatalité, université Paris-Descartes Sorbone Paris Cité

Directeur du laboratoire Pcpp (ea4056)

Psychanalyste membre de la Spp

Identité, frontières et intersections

La psychologie clinique périnatale est indissociable de son interdisciplinarité : la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant, la gynécologie-obstétrique, la néonatologie, la pédiatrie, la médecine générale, les lieux d'accueil et de soins du bébé et les services sociaux en constituent les multiples relais d'un réseau, dont la conquête commune de la cohérence est la signature identitaire.

Comme le montre bien son histoire, la psychologie clinique périnatale est issue d'une collaboration entre divers spécialistes réunis autour des parents et du fœtus / bébé. Elle n'est pas élaborée par les seuls spécialistes de la psyché (psychiatres, psychologues), mais bien, à l'image des auteurs de ce dossier, par un ensemble d'acteurs professionnels de formations distinctes.

Face à la mère, au père, au fœtus / bébé, l'anamnèse périnatale cerne la personne humaine dans sa globalité au prix du dépassement de clivages dogmatiques chez les soignants : psyché / soma, « normal » / pathologique, gynécologue-obstétricien / pédiatres, soignants du prénatal / soignants du postnatal…

L'interdisciplinarité – souvent dans sa féconde conflictualité, comme on le constate dans les débats de ce dossier – est certainement d'un dynamisme très sûr pour s'engager dans cette voie de la continuité périnatale. La collaboration « somaticiens » / « psychistes » dans les équipes – mais aussi en libéral – offre une promesse d'unité, si elle matérialise une orientation préventive commune. Cette collaboration ne signifie nullement une sous-traitance aux « psys » de la part des « somaticiens » de tout ce qui touche au relationnel, à l'affectif et au traumatique. *A contrario*, cet axe préventif révélera sa fertilité s'il est un territoire commun que chacun occupera avec un éclairage singulier, reflet de sa formation, de son histoire et de sa subjectivité.

De l'investissement partagé de cette diagonale naîtra d'abord, et surtout, une collaboration indirecte avec le psychologue. Les conversations de couloir, les échanges au staff, aux transmissions, aux réunions (type groupe Balint), seront la base de la métabolisation quotidienne des ondes de choc de la vulnérabilité en présence. En proposant, sans l'imposer, une interrogation plus ou moins formalisée sur le vécu des soignants, ce partage pluridisciplinaire permet d'y mettre du sens et de lutter contre l'inertie opératoire défensive du dualisme corps / esprit que le scientisme ambiant et des formations biaisées alimentent. De fait, la prise de conscience, toujours à reconquérir, de l'unité interactive du « système » soigné / soignant est assurément le substrat fondateur de l'efficience de la fonction de « contenance » des professionnels. Plus le trouble en présence sera discret et inscrit au cœur de la relation interpersonnelle chez les soignés, plus la perception par les soignants de cette interaction sera déterminante.

Les interventions directes du psychologue et du psychiatre auprès des familles ne viendront pas se substituer ou sanctionner l'échec des soins entrepris. Elles s'inscriront en continuité avec une réflexion pluridisciplinaire en amont qui mérite souvent d'être évoquée explicitement aux parents et au bébé par les soignants, pour préparer la médiation. L'action directe du psychologue et du psychiatre sera donc inaugurée par une riche moisson d'informations auprès de professionnels sensibilisés à la psychologie et à la psychopathologie périnatales de la parentalité.

En retour, l'action directe de ce spécialiste prendra, comme pour ses collègues, sa place en relation constante avec le projet commun du service. Cette réciprocité sur le terrain est probablement un plaidoyer plus dynamique en faveur d'une approche préventive que bien des pétitions de principe.

POUR UNE PSYCHOLOGIE CLINIQUE PÉRINATALE TRANSVERSALE

Grace à nos chantiers précédents (Missonnier et coll., 2012) et à l'écriture de ce dossier, les échanges initiés entre nous ont transformé un groupe disparate de professionnels en un groupe au sens musical du terme : la réunion de divers instrumentistes



qui, au prix d'une alternance de travail personnel et collégial, conquiert une légitimité à jouer ensemble.
Notre souhait le plus cher est que ce travail de transformation soit perceptible par le lecteur de ce dossier, car il est, justement, constitué de précieux éléments emblématiques d'une psychologie clinique périnatale bien tempérée :
• Un dialogue clinique interdisciplinaire sans langue de bois, où l'émergence de la conflictualité authentifie la prise en compte de la complexité en présence et le travail nécessaire de narrativité partagée pour obtenir des choix négociés. Ce travail est une coconstruction de cinq cliniciens de formations et de professions différentes, et la psychologie clinique périnatale qu'il défend au fil des pages n'est le monopole d'aucun, mais le bien commun (chèrement acquis et toujours précaire !) de tous.
• L'investissement à part égale de la clinique prénatale et postnatale pour envisager, enfin, une vision périnatale authentique. Au-delà d'un cadrage chronologique de spécialistes, il s'agit ici d'une véritable conception anthropologique de l'humain en devenir qui refuse de scotomiser le premier chapitre biographique prénatal.
• Le refus d'un clivage clinique et épistémologique soma / psyché qui musèle l'histoire et les dispositifs actuels de la médecine occidentale, là où les interfaces peuvent *a contrario* les dynamiser à l'instar de la périnatalité.
• La complémentarité et la continuité d'une exploration clinique attentive des variations de la normale d'une psychologie de la périnatalité et de ses avatars psychopathologiques. L'intitulé « psychologie clinique », tel que nous l'avons revendiqué en titre et défini dans l'introduction, a la grande vertu de lier psychologie et psychopathologie, tout en mettant en perspective des stratégies préventives médico-psycho-sociales primaire et secondaire.
• La position dominante de la clinique, véritable matrice de nos hypothèses théoriques et non servantes. Face à « *l'inquiétante étrangeté* » (Freud, 1919) de la clinique des origines, le Charybde de l'intellectualisation et le Scylla du scientisme ne cessent de guetter.
• La reconnaissance, dans nos vocations de soignants en périnatalité, de possibles résonances traumatiques. Elle justifie notre souci majeur de réflexivités intra et intersubjective.
Pour devenir et rester un soignant périnatal suffisamment bon en mesure d'accueillir et de soutenir la « *symbolisation primaire* » (Roussillon, 1999) des temps premiers, notre narrativité professionnelle langagière et corporelle est cruciale.
• L'adhésion en une psychanalyse ouverte, « *procédé pour l'investigation de processus mentaux à peu près inaccessibles autrement* » (Freud, 1922). En périnatalité, c'est la réalité psychique des soignés et des soignants et leurs processualités associatives croisées verbales et non verbales qui sont l'objet d'un regard interdisciplinaire. Dans un contexte institutionnel et en réseau, il est évident que ce n'est point le paradigme de la cure-type qui est privilégié, mais bien celui d'une « *psychanalyse sans divan* » (Racamier, 1970). Plus encore, c'est typiquement ici la nécessité, dictée par le terrain, de construire des dispositifs distincts de la cure divan / fauteuil, qui constitue une des sources les plus vives de sa créativité théorico-clinique psychanalytique en direction des soignés et des soignants.
En se retournant sur le travail esquissé pour ce dossier, ces sept éléments princeps s'imposent donc comme des axes fédérateurs qui ont permis à la singularité de chacun de s'exprimer et de se mutualiser dans le travail d'énonciation d'une psychologie clinique périnatale transversale.
Mais l'après-coup démontre aussi en miroir combien l'affirmation des spécificités de chacun est simultanément une condition *sine qua non* de territoire commun.
Le lecteur en aura d'ailleurs trouvé la signature à travers les contributions propres de chacun des auteurs.
Pour autant, la perspective revendiquée dans ce dossier n'est nullement celle d'une vision théorique « intégrative », mais bien celle d'une psychanalyse vivante grâce, justement, à ces confrontations interdisciplinaires.

Bibliographie

Appell G., Tardos A. (sous la direction de), 1998, *Prendre soin d'un jeune enfant. De l'empathie aux soins thérapeutiques,* Ramonville Saint-Agne, Érès.

Anzieu-Premmereur C., Cornillot-Pollack M. et coll., 2003, *Les Pratiques psychanalytiques avec des bébés,* Paris, Dunod.

Bénard G., 2012, **« Psychose et maternité. L'apport de l'observation du nourrisson selon Esther Bick »,** *Le Journal des psychologues, 303* : 54-62.

Benedek T., 1959, **« Parenthood as a Developmental Phase »,** *Journal of American Psychoanalytic Association, 7* : 389-417.

Bibring G. L., 1959, **« Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy »,** *Psychoanalytic Study of the Child, 14* : 113-121.

Bydlowski M., 1991, **« La transparence psychique de la grossesse »,** *Études freudiennes, 32* : 135-142.

Bydlowski M., 1997, *La Dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité,* Paris, PUF, 2005.

Ciccone A., Mellier D. et coll., 2007, *Le Bébé et le temps,* Paris, Dunod.

Cramer B., Palacio-Espasa F., 1993, *La Pratique des psychothérapies mère-bébé,* Paris, PUF.

Debray R., Belot R.-A., 2008, *La Psychosomatique du bébé,* Paris, PUF.

Delion P., 2008, *La Méthode d'observation du bébé selon Esther Bick,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Deutsch H., 1949, *La Psychologie des femmes,* Paris, PUF.

Freud S., 1915-1917, **« Leçons d'introduction de la psychanalyse »,** *in Œuvres complètes,* Paris, PUF, 2010.

Freud S., 1919, **« L'inquiétante étrangeté »,** *in Essais de psychanalyse appliquée,* Paris, Gallimard, 1976.

Freud S., 1922, **« Psychanalyse »,** *in Œuvres complètes psychanalyse, T. XVI,* Paris, PUF, 1991.

Houzel D., 2010, *La Transmission psychique. Parents et enfants,* Paris, Odile Jacob.

Kaës R., 2009, *Les Alliances inconscientes,* Paris, Dunod.

Levi-Strauss C., 1962, *La Penssé sauvage,* Paris, Plon.

Mellier D. (sous la direction de), 2002, *Vie émotionnelle et souffrance du bébé,* Paris, Dunod, 2005.

Mellier D., 2005, *Les Bébés en détresse, travail de lien et intersubjectivité. Une théorie de la fonction contenante,* Paris, PUF.

Mellier D., 2012, **« La clinique et le bébé »,** *Le Journal des psychologues, 300* : 49-55.

Mellier D., Ciccone A., Konitchekis A. (sous la direction de), 2012, *La Vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective,* Paris, Dunod.

Mimoun S. (sous la direction de), 1999, *Traité de gynécologie obstétrique psychosomatique,* Paris, Flammarion.

Missonnier S., 2003, *La Consultation thérapeutique périnatale,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Missonnier S., 2005, *La Consultation thérapeutique périnatale, un psychologue à la maternité,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Missonnier S., 2009, *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel,* Paris, PUF.

Missonnier S. (sous la direction de), Blazy M., Boige N., Presme N., Tagawa O., 2012, *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité,* Paris, Masson.

Racamier P.-C., 1970, *La Psychanalyse sans divan,* Paris, Payot, 1983.

Rochette J., 2002, *Rituels et mises au monde psychique. Les nouvelles présentations au temple,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Rousssillon R., 1999, *Agonie, clivage et symbolisation,* Paris, PUF.

Stern D. N., 1995, *La Constellation maternelle,* Paris, Calmann Lévy, 1997.

Stoléru S., 1989, **« La parentification et ses troubles »,** *in* Levovici S., Weil-Harpen F., *Psychopathologie du bébé,* Paris, PUF.

Tagawa O., 2012 [1], **« L'accompagnement périnatal, point de vue de la sage-femme »,** *in* Missonnier S. (sous la direction de), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité,* Paris, Masson.

Tagawa O., 2012 [2], **« L'accompagnement coutumier »,** *in* Missonnier S. (sous la direction de), *op. cit.*

Trevarthen C., Aitken K. J., 2003, **« Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique »,** *in Devenir, 15(4)* : 309-428.

Winnicott D. W., 1975, **« La crainte de l'effondrement »,** *Nouvelle Revue de psychanalyse, 11* : 35-44.

FORMATIONS

2 formations par Christine ARBISIO

Psychologue clinicienne, psychanalyste, maître de conférences à l'université Paris-13

❑ LE BILAN PSYCHOLOGIQUE AVEC L'ENFANT
Approche clinique du WISC-IV

❑ COMPLÉMENTARITÉ DU WISC-IV ET DES MÉTHODES PROJECTIVES DANS LE BILAN PSYCHOLOGIQUE AVEC L'ENFANT.

Renseignements, tarifs et détails des formations 2013 organisées à Paris

Tél. : 05 55 26 18 87
Courriel : formation@cdclik.com
17, rue Souham
19000 Tulle
Site : **www.cdclik.com**
(Rubrique Formation)



GROUPE INTERNATIONAL DU RÊVE-ÉVEILLÉ EN PSYCHANALYSE
Formation à la pratique du Rêve-Éveillé analytique

Séminaire théorico-clinique 2013-2014

Onirisme de veille, récit de rêve nocturne, rêve éveillé… Dynamique de l'imaginaire

❖

Animé par les Dr Monique Aumage et Jean-Marie de Sinéty et par Jacquelyne Brun et Michèle Taillandier.

❖

Ouvert aux psychologues cliniciens (ou en formation), médecins, psychiatres (ou en formation). L'expérience clinique et l'engagement personnel sont examinés au cas par cas.

❖

Une session chaque mois, de septembre 2013 à juin 2014
Participation individuelle : 800 euros
Lieu : Forum 104 • 104, rue de Vaugirard • Paris 6e
Horaires : de 9 h 30à 16 h 30
Renseignements :
Dr Monique Aumage : 06 88 47 80 41
Michèle Taillandier : 06 62 28 50 84
Site : www.girep.com

PSYCHOSOMATIQUE RELATIONNELLE

Centre de Psychosomatique relationnelle de Montpellier

CRESMEP

Formation de thérapeutes à médiation corporelle psychosomatique relationnelle

Public : psychologues, professionnels de santé

Durée : 2 ou 4 ans selon le cursus choisi (8 samedis/an)

Programme sur demande :
CRESMEP
7, rue des Rêves – 34920 LE CRÈS
Tél. : 04 67 70 58 52
Fax : 04 67 87 35 32
Courriel : info@cresmep.com
http://www.cresmep.com



---

100 STAGES « FORMATIONS 2013-2014 »

25 stages réservés exclusivement aux psychologues :

- Le Psy et la question du corps (Tours : sept. et déc.)
- La parole seule alternative à la violence (Paris : du 23 au 27 sept.)
- Structure de la parole et du langage (Paris : du 16 au 20 sept.)
- Trauma et violences sexuelles (Paris : du 23 au 27 sept.)
- La fonction de psy… en institution (Paris : du 02 au 06 déc.)
- Psychologue en lieu d'accueil petite enfance (Paris : du 30 sept. au 02 oct.)
- Groupe élaboration des pratiques (Paris 2013 : 3 x 2 j.)
- Transmission de la clinique et de ses repères (Tours 2013 : 3 x 2 j.)
- Groupe thérapeutique en institution (Paris : du 16 au 20 sept.)
- Le « Psy » et l'évaluation (Paris : du 20 au 22 nov.)
- Formation au test projectif TAT (Paris : du 30 sept. au 04 oct.)
- Psychologue en institut pour personnes âgées (Paris : du 07 au 11 oct.)
- Psychosomatique (Paris : du 21 au 25 oct.)
- Etc.

Internet : http://i-reperes.fr



Catalogue 2013 et 2014 sur demande à :

INSTITUT REPÈRES
11, rue de Touraine • 37110 Saint-Nicolas-des-Motets
Tél. : 02 47 29 66 65 • Fax : 02 47 29 52 25

L'expertise médico-psychologique au sein des hôpitaux des armées



Laurent Brulin
Psychologue clinicien
Capitaine

Les fonctions du psychologue militaire dans le Service de santé des armées évoluent : outre l'examen psychologique des candidats à l'engagement et des militaires à des fins de diagnostic psychopathologique, des missions nouvelles lui incombent. Il met son expertise et sa connaissance de l'armée au service de la prévention et du dépistage précoce des troubles liés au syndrome de stress post-traumatique en mission extérieure. Le positionnement du psychologue clinicien, son autonomie technique et l'absence de pouvoir décisionnel contribuent à l'impartialité et à la reconnaissance de son avis.

L'article 1 du nouveau statut général des militaires [1] stipule que « *l'état militaire exige en toute circonstance esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu'au sacrifice suprême, discipline, disponibilité, loyalisme et neutralité* ». L'exigence du métier des armes et le risque d'être confronté à des opérations militaires difficiles impliquent un recrutement d'individus psychologiquement et émotionnellement stables, adhérant aux valeurs de l'armée.

Dans le cadre de l'aptitude initiale des candidats à l'engagement, certains sujets peuvent être orientés par les médecins des centres de sélection et d'orientation, sur la base de leurs résultats aux questionnaires et de l'entretien médical, vers les médecins spécialistes des armées au sein des hôpitaux d'instruction des armées pour un examen psychiatrique complémentaire pour la détermination des critères psychologiques du SIGYCOP [2]. Par ailleurs, les militaires présentant des troubles de l'adaptation au cours de leur carrière sont aussi reçus par les centres médicaux des armées ou des services psychologiques (service local de psychologie appliquée, service départemental d'incendie et de secours) de leur corps d'appartenance pour expertise médico-psychologique. Avant cela, ils peuvent parfois avoir cumulé jusqu'à cent quatre-vingts jours de congé pour maladie. Au cours de cette consultation spécialisée dont le cadre fut décrit par Dominique Vallet (Vallet, 2009), ces derniers évoquent leur situation problématique au psychiatre qui peut décider d'une hospitalisation et solliciter les compétences du psychologue ainsi que celles de l'ensemble des personnels paramédicaux du service afin d'affiner l'examen clinique. Ce temps d'observation et d'évaluation aboutit à une décision de maintien d'aptitude avec ou sans démarche de soin, ou parfois d'inaptitude. En cas de proposition de réforme à la sortie de l'hôpital, le patient est informé qu'il peut contester la décision et adresser une demande de contre-expertise auprès du consultant régional ou national de psychiatrie en fonction des termes définis par le code de la Défense [3].

Dans le contexte militaire, l'expertise psychiatrique et psychologique a donc pour finalité de déterminer l'aptitude opérationnelle et de pronostiquer les capacités d'adaptation d'un sujet, en révélant la singularité des personnes expertisées, et non en se référant à une typologie du militaire « parfait ». En effet, en 1978, un groupe d'étude composé de médecins psychiatres et d'un psychologue a dressé le portrait du marin idéal : « *Ouvert, dynamique, ayant une bonne stabilité émotionnelle, ayant une bonne tolérance à la frustration, faisant preuve de réflexion et d'esprit d'initiative, sans élément psychopathologique dominant, et aux motivations très affermies correspondant à un goût véritable de la mer, des bateaux, et de l'institution militaire...* » Un candidat calme, sociable, loquace, possédant un bon niveau scolaire et des représentations objectives et réalistes, parvenant à argumenter ses motivations de manière vivante et pertinente pourrait donner une impression favorable en surface. Cependant, une exploration exclusivement menée à des fins d'orientation professionnelle occulterait la sphère de sa vie psychique inconsciente que tout psychologue se doit de questionner.

SPÉCIFICITÉS DE L'INTERVENTION DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN

La fonction du psychologue clinicien au sein des hôpitaux des armées consiste notamment au soutien logistique et humain des équipes médicales et paramédicales. Il travaille en étroite

collaboration avec les médecins en leur apportant une aide technique. En psychiatrie, les psychologues collaborent avec les psychiatres dans le diagnostic et le traitement des troubles mentaux. De plus, ils assurent des consultations intra et extrahospitalières et mènent des psychothérapies[4].
Les relations entre psychologues et psychiatres s'établissent sur la base d'un partenariat, le psychologue clinicien pouvant être mené à solliciter le psychiatre pour la mise en place de prescriptions médicamenteuses.
L'examen psychologique est alors une des fonctions du psychologue clinicien et vise à appréhender le fonctionnement psychologique du sujet et construire une représentation globale de son activité psychique, une analyse de ses intérêts et de ses réalités subjective, sociale, professionnelle, familiale, et affective. Enfin, il permet d'établir un diagnostic psychopathologique complétant le diagnostic psychiatrique et prend valeur d'expertise au vu des décisions médico-militaires qui en découlent.
Dans le cadre de cette expertise, qui fait appel à l'ensemble des connaissances et des compétences de l'expert, le psychologue devient un auxiliaire de l'institution militaire et intervient à la demande du médecin. Il est un tiers contenant, un porte-parole des enjeux psychiques du sujet face à l'institution et ses représentants.

Il est un tiers contenant, un porte-parole des enjeux psychiques du sujet face à l'institution et ses représentants.

En pratique, les questions qui sont posées au psychiatre par l'institution militaire sont essentiellement centrées sur l'aptitude et les capacités d'adaptation de l'individu et cherchent à « *déterminer si un sujet est capable d'occuper certains emplois, d'exécuter certains exercices, mais aussi s'il peut s'acquitter de ses tâches dans la collectivité militaire*[5] ».
Le psychologue, pour répondre à ces questions, peut s'inspirer du modèle expertal appliqué au domaine judiciaire pour élargir son intervention et organiser ainsi son expertise autour des points suivants, sous les angles psychiatrique et psychologique :
• la nosologie (méthode de description des troubles) ;
• la symptomatologie (caractérisation des troubles) ;
• l'étiologie (étude et théorie des causes) ;
• le diagnostic (identification des troubles individuels) ;
• l'analyse de la personnalité du patient sur le registre de l'intelligence, de l'affectivité et de la sociabilité ; appréciation de la dimension pathologique éventuelle (Bouchard, 2006) ;
• l'objectivation des conduites et l'étude du fonctionnement psychique du sujet en lien avec son histoire de vie et prises dans sa globalité ;
• l'exploration des motivations du sujet, de son parcours personnel et professionnel et de ses connaissances du milieu militaire ;
• l'établissement d'un pronostic d'adaptation et d'aptitude à servir ;
• la proposition d'éventuelles modalités de prise en charge thérapeutique.
L'ensemble de ces éléments participe au bilan résultant d'une démarche clinique globale, fondée sur la richesse d'une relation intersubjective.

LA MÉTHODOLOGIE

L'examen psychologique des candidats à l'engagement et des militaires, tel qu'il se pratique aujourd'hui et selon notre expérience au sein d'un service local de psychologie appliquée de la Marine nationale puis dans un hôpital d'instruction des Armées, s'appuie à la fois sur la méthode clinique et sur la méthode expérimentale.
La méthode clinique consiste, selon Daniel Lagache, en l'étude de la « *conduite humaine individuelle et de ses conditions* » (Couchard, Huguet, Matalon, 1995), ou encore, selon Juliette Favez-Boutonnier, en « *l'étude d'une personnalité singulière dans la totalité de sa situation et de son évolution* ».
La méthode expérimentale repose sur l'usage d'« instruments » standardisés, étalonnés, répondant à des critères de fidélité, de validité et de sensibilité statistiques. Les méthodes dites « psychotechniques » ont pour but d'explorer les facteurs d'intelligence, spatiaux, logiques, verbaux. Des examens psychosensoriels et psychomoteurs peuvent compléter l'évaluation psychométrique.
La psychologie appliquée allie donc des approches qualitative et quantitative dans l'appréhension globale d'un sujet. Sur le plan qualitatif, l'analyse de la personnalité repose essentiellement sur la réalisation d'un ou plusieurs entretiens cliniques et la passation de tests.
Par ailleurs, les capacités d'adaptation du sujet pourront s'évaluer à partir de la biographie, de l'anamnèse et de l'étude de son comportement : →



Notes

1. Loi 2005-270 du 24 mars 2005 portant statut général des militaires, *in JORF*, 26 mars 2005, n° 72, p. 5098, texte n° 1.

2. Instruction n° 2100/DEF/DCSSA/AST/AME du 1er octobre 2003, *Bulletin officiel de l'état-major 620-4*.

3. Code de la Défense, Livre 1er, Titre III, Chap. IX, sous-section 3 : « Commission de réforme ».

4. Fiche de poste du psychologue, bureau local des ressources humaines, hôpital d'instruction des armées R. Picqué, Villenave d'Ornon.

5. *Bulletin officiel des armées*, 6 décembre 1976, Titre II, Art. 11.



• la présence ou l'absence d'éléments psychopathologiques antérieurs et le rôle de la symptomatologie dans l'économie psychique et relationnelle ;
• les modalités relationnelles ;
• la notion de répétition des troubles des conduites ;
• le retentissement des conflits intrapsychiques sur son existence ;
• la perception et l'ajustement à la réalité ;
• la tolérance à la peur et à l'angoisse ;
• la capacité de contrôle des affects ;
• l'aptitude à différer les satisfactions et à tenir compte de l'expérience acquise ;
• les possibilités de créativité, d'initiative personnelle et de projet en général.

LES OUTILS DU PSYCHOLOGUE CLINICIEN

Afin d'assurer l'examen de l'aptitude psychologique dans le cadre du recrutement et de l'orientation du personnel militaire, l'armée a développé des outils d'évaluation spécifiques par la recherche appliquée, en réalisant des travaux dans les domaines de la psychologie différentielle, de la psychologie du travail et de la psychosociologie, ainsi que, plus ponctuellement, dans le domaine clinique. Le rôle de la Section d'études et de recherche des applications de la psychologie de la Marine (SERAP) et du Centre d'études et de recherches psychologiques de l'Armée de l'air (CERPair) est de soutenir ce travail par la création de tests d'aptitude, d'inventaires de personnalité, d'épreuves individuelles ou de groupe permettant l'évaluation des candidats à l'engagement ou des militaires selon les spécialités demandées. Au sein des HIA, le principal fournisseur des outils du psychologue clinicien reste les éditions du centre de psychologie appliquée (ECPA), organisme civil.

L'entretien clinique

C'est la pierre angulaire de l'examen psychologique. Cette rencontre implique un climat de confiance s'appuyant en partie sur le secret professionnel et permet d'accéder à la singularité et la subjectivité du consultant. Cet espace intersubjectif permet le déploiement de l'identité singulière du patient qui peut, dès lors, se réapproprier son histoire de vie et formuler au mieux sa problématique existentielle, en élargissant son champ de conscience et de connaissance de soi. Aucun bénéfice concret n'est à attendre de cette situation avec un psychologue, contrairement aux consultations médicales (prescriptions médicamenteuses, certificats, sorties d'hospitalisations, permissions).
Par ailleurs, l'enjeu de l'aptitude induit des mécanismes défensifs. En effet, dans l'intérêt de conserver leur aptitude opérationnelle, certains sujets peuvent tenter de dissimuler leur souffrance et se présenter sous un jour favorable, attitudes que certains tests permettent d'appréhender.

Les tests psychologiques

Ils sont utilisés pour objectiver scientifiquement et statistiquement les observations et hypothèses cliniques, comme sur le plan de l'évaluation des fonctions cognitives, « l'échelle d'intelligence de Wechsler pour adultes » (WAIS-III). L'utilisation des questionnaires de personnalité comme le « Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 » (MMPI-2) et ses multiples échelles (échelles cliniques, de contenu, supplémentaires, etc.) sont très répandus, surtout au sein des hôpitaux d'instruction des armées. En effet, ils permettent d'établir le profil de personnalité et de révéler d'éventuels traits psychopathologiques. De plus, des échelles de validité évaluent l'attitude du sujet face au test (degré de désirabilité sociale) en mesurant l'écart entre la perception de soi et la présentation de soi.
Enfin, dans certains cas, notamment pour les militaires déjà engagés, qu'ils soient sous contrat ou de carrière, nous pouvons recourir aux épreuves projectives comme le « thématique aperception test » (TAT) et le Rorschach.

DE LA DÉMARCHE D'ENGAGEMENT À LA DÉCOMPENSATION PSYCHIQUE

La recherche d'un emploi stable, la qualité et la diversité des formations proposées et les possibilités de reconversion sont souvent un moteur de la démarche d'engagement, parfois à l'issue d'expériences professionnelles diverses (intérim, emplois saisonniers) pour les postulants.
L'engagement constitue une épreuve d'émancipation à travers leur aspiration à quitter l'environnement familial, leur soif d'aventure, de rencontres, de découverte et d'une vie en communauté. Ce choix s'inscrit parfois dans la quête d'une identité, d'un mode de vie confortant le Moi dans ses idéaux que la vie scolaire et familiale n'a jusqu'alors pu satisfaire. En effet, des situations familiales conflictuelles, des évènements de vie tragiques (perte ou maladie d'un proche), la précarité matérielle (chômage), créent un climat d'insécurité affective et matérielle auquel l'adolescent, en recherche d'étayage et de gratification, est particulièrement sensible. Le don de soi à la mère patrie se nourrit de fantasmes de régression et de dépendance à visée réparatrice, dans un but de satisfaction de ses besoins physiologiques et narcissiques pendant la « durée du lien » (s'habiller, se nourrir, se soigner, apprendre, travailler, se lier et s'amuser en collectivité). La quête identitaire de l'adolescent se joue dans un projet identificatoire, censé renforcer ses assises narcissiques, dont le modèle sera un parent idéalisé ou une connaissance, militaire de son état ou ancien militaire, et passe par sa demande d'engagement. L'idéal de chacun, en tant que nécessité intérieure, est parfois difficile à argumenter en entretien par l'individu, tant son choix professionnel lui apparaît évident et établi.

Il est une « vocation », une « passion », condensant toutes les satisfactions imaginaires et prétentions héroïques, revêtant parfois des expressions inattendues. Ainsi, ce jeune homme voulant devenir électromécanicien d'aéronautique, attiré par les aéronefs et les gros bâtiments de guerre, depuis qu'il avait assisté au meeting du Bourget et avait observé avec fascination un ravitaillement en vol, tel un coït céleste. Jadis, enfant phobique, il était incapable de poser devant les avions et leurs hélices, par peur qu'ils ne se mettent en marche tout seul. Cette angoisse de castration parfaitement exprimée s'est résolue par sa connaissance de la mécanique. Chez certaines jeunes femmes, nous avons constaté aussi la connotation phallique que revêt la démarche d'engagement, illustrée par les propos d'une candidate : « *Si je ne le fais pas, j'aurai l'impression qu'il me manquera quelque chose...* » L'accès à l'inconscient des candidats dans ce contexte de recrutement restant rare, il renseigne toutefois sur le caractère judicieux ou non de la démarche d'engagement dans son rapport à la réalité. En effet, en dépit des mécanismes d'idéalisation et d'identification, l'ajustement parfois problématique à la vie institutionnelle est un motif courant de résiliation de contrat et de demande de réforme. En ce sens, l'entretien permet d'écarter les candidats aux aspirations fantaisistes, mais aussi les personnalités immatures, psychopathiques (impulsivité, instabilité thymique, passé délictueux), schizoïdes ou paranoïaques. Les candidatures standard se repèrent parmi les registres névrotiques non symptomatiques (attitudes relationnelles positives, besoin de communiquer, mise en avant des affects, capacité d'expression et d'affirmation de son désir, investissement positif des valeurs institutionnelles telles que la discipline, la rigueur, l'ordre, l'organisation, le rangement, la propreté). Les personnalités les plus adaptées semblent recourir à un fonctionnement psychique alliant des mécanismes de défense souples à des mécanismes rigides. Les troubles de l'adaptation se traduisent par des manifestations symptomatiques telles que les somatisations, les réactions anxiodépressives avec idées suicidaires, les troubles du comportement, les conduites addictives ou encore les pathologies psychiatriques. Les troubles somatiques sont un mode d'expression privilégié du jeune engagé, confronté à un dérèglement de son fonctionnement biologique (insomnies, perte d'appétit, migraines et algies). Les visites fréquentes à l'infirmerie en sont les signes annonciateurs. Chez les patients psychopathes, les états-limites et autres fonctionnements psychotiques plus ou moins bien compensés, l'engagement, revêtent des enjeux éducatifs et normatifs, dans une perspective structurelle et pour acquérir des limites jusqu'alors non intériorisées. Enfin, rappelons qu'en dehors de la question du syndrome de stress post-traumatique, les décompensations psychiques des militaires ne sont pas directement liées au contexte militaire, car celui-ci n'est que le révélateur d'une structure psychique pathologique non dépistée à l'engagement, venant à s'exprimer de manière symptomatique au grand jour dans certaines situations propres à chacun.



Le compte-rendu et la restitution au patient

Le compte-rendu comprend l'ensemble des éléments cliniques recueillis au cours des entretiens et des tests psychologiques : synthèse des entretiens, étude des procédés défensifs, niveau et intensité



des symptômes en lien avec la problématique inconsciente du patient, discussion des données anamnestiques en relation avec sa problématique, registre de fonctionnement psychique, diagnostic et préconisations thérapeutiques tenant compte de ses ressources. La restitution a lieu à l'issue de l'examen psychologique et s'effectue en des termes adaptés à ce que le sujet est en capacité de comprendre et d'accepter. Elle précède généralement l'annonce de la décision médico-militaire. Le sujet a la possibilité de poser des questions, de valider ou d'invalider les conclusions du clinicien. À l'annonce de la décision d'inaptitude, la chute de l'idéal est immédiate et provoque parfois des réactions violentes (agressivité et colère avec, parfois, passage à l'acte contre les objets de l'environnement) ou de tristesse. Certains sont capables d'intégrer les motifs de la décision, d'autres la contestent et envisagent un recours. Vécue comme une sanction ou une injustice, la décision d'inaptitude est une frustration nouvelle pour le sujet dont les réactions immédiates reflètent les capacités d'y faire face. À l'inverse, la réforme peut être vécue comme une libération, un moment cathartique pour le sujet militaire venu déposer sa souffrance.

À l'issue de ces deux temps que sont l'expertise psychiatrique et l'examen ou expertise psychologique, certains patients parviennent à conserver leur aptitude professionnelle, malgré l'établissement d'un diagnostic de pathologie psychiatrique, bénéficiant alors de leurs droits à congés de longue durée pour maladie[6]. Par ailleurs, des patients, sans trouble caractérisé de la personnalité, peuvent être déclarés inadaptés au cadre militaire. Le diagnostic de trouble de la personnalité n'est donc pas nécessairement un obstacle au maintien de l'aptitude opérationnelle à l'épreuve du service, malgré quelques restrictions (inaptitude au port d'arme ou aux opérations extérieures), jusqu'à la réévaluation ultérieure de leur situation.

Bibliographie

Bouchard J.-P., 2006, « Réformer l'expertise psychologique et l'expertise psychiatrique : une impérieuse nécessité pour la justice », *in Le Journal des psychologues, 238* : 30-33.

Couchard F., Huguet M., Matalon B., 1995, *La Psychologie et ses méthodes,* Paris, Le Livre de poche.

Vallet D., 2009, « L'aptitude psychiatrique en milieu militaire », *Médecine et armées, 37 (3).*

Note

6. Code de la Défense, Livre 1er, Titre III, Chap. VIII, section 4, « Non activité ».

QUELQUES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La situation d'expertise

L'application du cadre clinique au contexte de recrutement permet le dépistage de troubles éventuels et offre une perspective de soin. Toutefois, chaque situation d'expertise n'est pas à envisager comme un acte clinique évoluant systématiquement vers une démarche psychothérapique. En effet, il est rare qu'un patient expertisé entame une démarche de soin avec son expert, sauf s'il en est demandeur. Dans la situation d'expertise, la responsabilité éthique du clinicien n'est pas de faire avouer une faute au sujet, comme au confessionnal, ni juger de sa responsabilité, comme dans le cadre d'une expertise judiciaire. Il ne s'agit pas non plus de l'appréhender sous l'angle du jugement de valeur, ou encore de mettre au jour d'éventuelles faiblesses morales ou de caractère. Dans la situation de soin, les consultations psychothérapiques visent à accompagner le patient dans la compréhension de ce qui lui arrive, de soutenir son désir d'aller mieux et d'atténuer sa souffrance. En effet, en tant qu'elles offrent un espace de parole, elles lui permettent de verbaliser ses difficultés et d'atténuer d'éventuelles manifestations symptomatiques. De plus, n'entraînant aucune décision médico-militaire, le cadre militaire s'efface pour laisser la place au sujet et libérer sa parole. Enfin, dans le cadre institutionnel, le respect de l'autonomie fonctionnelle et technique des experts, psychiatre et psychologue, est fondamental, afin de garantir l'impartialité des avis et de la décision médico-militaire vis-à-vis du commandement.

La place du psychologue et son avenir

Outre une formation théorique et une expérience clinique solides, le psychologue se doit d'avoir reçu une formation militaire et de posséder des connaissances sur l'institution militaire, son langage et son fonctionnement. Actuellement, la spécificité de la place et de la fonction du psychologue est souvent mal repérée, encore davantage depuis l'émergence du décret relatif à l'attribution du titre de psychothérapeute, futur point d'origine de chevauchements de compétences interprofessionnelles entre professions de santé disparates. Bien que protégé depuis 1985, le titre de psychologue regroupe, quant à lui, des méthodes et des champs d'action divers. Être psychologue, à l'intersection du médical et du paramédical, et qui plus est militaire, ne nous épargne pas les tensions et incompréhensions issues des différences de parcours et d'affiliation.

Le manque de cohésion au sein de notre profession, la multiplication des courants théoriques, les querelles idéologiques portant sur le choix des outils cliniques et des techniques psychothérapiques, l'adhésion de chacun aux valeurs institutionnelles et à ses représentations

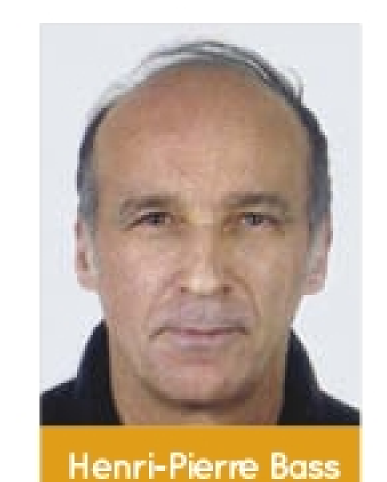
de sa fonction, accentuent ce fossé. De plus s'y ajoutent les différences de statuts internes entre les psychologues militaires et les psychologues civils. La création prochaine d'un corps des psychologues, liée à la politique de restructuration de la Défense, pourrait renforcer notre identité professionnelle, au même titre que la perspective de notre participation aux missions de soutien psychologique des militaires engagés en opérations extérieures, répondant ainsi à une politique de prévention et de dépistage précoce des syndromes de stress post-traumatiques. Il s'agit à notre sens d'une avancée significative, la cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de terre et les psychologues des services locaux de psychologie appliquée pour la Marine œuvrant déjà en dehors de l'Hexagone. Enfin, l'efficacité du travail du psychologue repose sur son absence de pouvoir décisionnel et sur son écoute attentive des problèmes humains, ainsi que sur ses interventions auprès du commandement ou de l'équipe médicale à laquelle il est affilié. Il a donc un rôle de régulation au sein du groupe et de résolution des conflits individuels et tente de limiter leur retentissement sur les relations interindividuelles ou hiérarchiques. La place du patient reste donc centrale dans l'institution médicale et militaire où chacun des protagonistes du soin doit trouver la sienne dans le plus strict respect de sa spécificité, afin de remplir au mieux les missions qui lui incombent.

La création prochaine d'un corps des psychologues, liée à la politique de restructuration de la Défense, pourrait renforcer notre identité professionnelle.

EN CONCLUSION

L'examen psychologique prenant la forme de l'expertise constitue une contribution importante du psychologue au fonctionnement institutionnel. En effet, il répond à la demande du commandement ou à celle des médecins afin de permettre de mieux appréhender une situation conflictuelle en fournissant des informations complémentaires sur le fonctionnement psychique du sujet présentant des antécédents psychopathologiques, sur ses difficultés relationnelles et d'adaptation. Il s'agit aussi de mesurer les répercussions collectives tout en essayant de préserver les intérêts du sujet. Le risque d'être réformé et ses conséquences en termes professionnels et matériels constituent un enjeu évident à l'origine des appréhensions du sujet à l'égard des consultations d'expertise. Pour le psychologue, la prudence, l'humilité et la responsabilité éthique et déontologique sont alors essentielles à l'accomplissement de cette mission.

L'effritement des garants et des métacadres de la vie psychique :
le « malêtre » dans la culture de notre temps



Henri-Pierre Bass
Psychologue clinicien
Psychanalyste
Membre du CR du *Journal des psychologues*

Ce à quoi nous avons affaire dans les formes actuelles de la souffrance psychique et dans ses expressions psychopathologiques touche à la possibilité, pour l'humain, d'être un être humain. Articulant sa pensée autour de la notion de faillite des garants de la vie psychique et de la question du mal, René Kaës nous ouvre les voies d'une réflexion sur ce « mal à être » propre à notre culture contemporaine.

Henri-Pierre Bass : Pour engager cette discussion, abordons en premier lieu la problématique du mal. Vous évoquez le fait que, dans la communauté analytique, il n'y a pas eu beaucoup d'écrits sur le mal.

René Kaës : En effet, à part Nathalie Zaltzman et André Green, je ne connais pas de travaux de psychanalystes sur ce thème qui fait frontière entre la métaphysique et la psychanalyse. Soulignons ici que, dans cette problématique, il y a un double problème, à savoir un double obstacle à reconnaître et à franchir : celui du mal qui, d'Emmanuel Kant à Hannah Arendt et à Paul Ricœur, demeure un chantier de travail pour la philosophie, et qui, avec André Green et Nathalie Zaltzman, est un champ à constituer dans la psychanalyse.



René Kaës
Professeur émérite de psychologie et de psychopathologie clinique, université Lumière-Lyon-2
Psychanalyste
Auteur de *Le Malêtre*, paru en 2012 chez Dunod

H.-P. B : Vous parlez beaucoup de la violence. Néanmoins, la question du mal semble être le fil rouge de cette question du mal-être…

R. K : Oui, c'est d'ailleurs pourquoi mon livre s'intitule *Le Malêtre*. J'ai supprimé le trait d'union pour mieux associer la question du mal et celle de l'être, ce qui peut s'entendre comme une problématique de métaphysique ontologique, mais qui nous concerne en tant que psychanalystes et, plus globalement, en tant que « psychistes » dans une autre dimension : ce dont il est question, c'est la possibilité de se constituer, de se reconnaître et d'être reconnu comme un sujet humain. C'est cette problématique du mal qui a été développée par Hannah Arendt et qui a été reprise, en partie, par Nathalie Zaltzman pour la mettre au travail dans le champ de la psychanalyse. Le mal est la non-reconnaissance radicale, l'exclusion du champ de l'expérience humaine d'autres humains par d'autres humains. L'autre n'est pas fait de la même pâte humaine que moi : ce que Paul-Claude Racamier concevait comme la capacité d'identifier dans l'autre la même appartenance à l'espèce humaine n'a pas pu se constituer. L'autre est traité comme étant d'une race inférieure, il est dépourvu de psyché (ou « d'âme »), c'est une chose, un animal, un légume, ou encore un objet technique, pour la technique, bref un objet partiel. À ces humains « infrahumains », il est interdit d'être des sujets dotés de la capacité de penser, de jouer, d'aimer, de développer leur capacité créatrice. La division structurale que l'inconscient instaure dans leur vie psychique, permettant par là même leur subjectivité, ne leur est pas reconnue. Ils ne sont que des individus, interchangeables, éléments d'un système auquel ils sont asservis.

Si ce à quoi nous avons affaire dans les formes contemporaines de la souffrance psychique et dans ses expressions psychopathologiques touche à la possibilité, pour l'humain, d'être un être humain, la notion de malaise me semble un peu faible pour assumer de tels enjeux. Vous savez que Sigmund Freud a longuement hésité avant d'adopter le mot allemand *Das Unbehagen*, traduit en français par « malaise », pour son essai de 1929.

Il avait d'abord envisagé de le centrer sur la question du bonheur, avant de le recentrer sur le malaise. Au-delà du débat contemporain sur l'exception humaine, il est question, aujourd'hui, du surgissement dans l'histoire, dans celle de tous et dans celle de chacun, de la faillite des garants de la vie psychique, de la généralisation des processus sans sujet, de l'absence de répondant. C'est de cela que j'ai essayé de parler, à partir de mon expérience de psychanalyste.

H.-P. B. : Pourriez-vous préciser ce que sous-tend, dans vos recherches, la notion de « faillite des garants de la vie psychique » ?

R. K : Le concept de garant appartient au langage juridique : il signifie qu'une personne physique ou morale assure en tierce partie la réalisation des termes d'un contrat si le contractant venait à être défaillant ou incapable d'en assumer les obligations. J'ai transposé ce concept à la vie psychique, à l'instar d'Alain Touraine construisant la notion de « garants métasociaux ». Les garants de la vie psychique (ou garants métapsychiques) forment l'ensemble des dispositifs qui accomplissent des fonctions nécessaires pour que se constitue, se développe et se maintienne la vie psychique.

Quels sont ces garants métapsychiques ? Pour une grande part, ils sont formés par le système des alliances que je qualifie de « structurantes », telles que le contrat narcissique, les pactes et alliances qui régissent les interdits fondamentaux et le renoncement à la réalisation directe des buts pulsionnels destructeurs. Ces alliances sont les conditions psychiques de la vie psychique, elles sont nécessaires à la croissance humaine. Les garants métapsychiques sont aussi constitués par les « grands récits » pourvoyeurs de repères représentationnels : leur fonction consiste à mettre à la disposition de chaque sujet des représentations de l'origine et de la causalité, et d'assurer par ce moyen la cohésion, les idéaux et les identifications communes du groupe. Ces formations sont métapsychiques dans la mesure où, selon mon point de vue, elles se construisent dans l'intersubjectivité et dans le travail de la culture.

Dire que ces garants sont en faillite, c'est sans doute ranger sous le même terme des transformations de ces garants : ils ne « répondent » plus, ils ne sont pas mis en place et soutenus ni par les sujets ni par le sociétal et la culture, ils sont plus efficaces, ils sont attaqués... Mais l'idée centrale est qu'ils font défaut à la formation et au maintien de la vie psychique et que cette défaillance engendre des troubles et des souffrances typiques du malêtre *de* et *dans* ce monde hypermoderne : les souffrances et les pathologies des alliances structurantes, comme le contrat narcissique ou les alliances qui organisent les interdits fondamentaux et le travail de culture.

Prenons l'exemple du contrat narcissique. Avec ce concept, Piera Aulagnier a construit, en 1975, une problématique centrale pour l'intelligibilité des enjeux structurants du narcissisme. C'est pourquoi je reviens souvent à son apport. De mon point de vue, le contrat narcissique est une alliance inconsciente structurante qui fonctionne comme un garant métapsychique : comme je viens de le dire, ces garants qualifient une réalité psychique qui fonctionne à un niveau méta par rapport au psychisme individuel.

Lorsque le contrat narcissique est défaillant, ou lorsqu'il fait défaut, ou lorsqu'il se transforme en une organisation pathogène, ils mettent le sujet dans cette difficulté d'être reconnu comme sujet dans un groupe et comme sujet d'un groupe et de constituer son propre socle de narcissisme vital. Constituer son propre narcissisme à partir des investissements narcissiques qu'il reçoit de l'ensemble a pour lui une contrepartie qui le lie à l'ensemble, sans pour autant l'y aliéner : il aura à soutenir l'investissement narcissique du lien et des configurations de liens, contribuera à maintenir le processus qui assure la continuité de l'ensemble. Cet investissement implique qu'il y ait un ancrage dans le passé et un espace dans lequel un avenir est représentable et possible. Ce qui est alors à interroger, et qui répond plus directement à votre question, c'est la capacité d'une famille, d'un groupe, d'une institution et, au-delà de la société, d'assurer les conditions d'un avenir pour les générations qui viennent et d'un devenir pour chacun de ses sujets. Le thème du « *no future* », qui a pris naissance aux États-Unis dans les années 1970 avec l'ébranlement des garants métapsychiques et métasociaux provoqué par la guerre du Vietnam, resurgit aujourd'hui à travers la question du chômage, des grandes migrations, de la crise économique, du délitement des « grands récits ». Des incertitudes sur ce que l'éducation et la formation sont en mesure de transmettre.

La capacité anticipatrice raisonnée est une caractéristique de l'exception humaine. Elle consiste dans la place que l'on accorde à l'autre parmi les autres, dans un ensemble et dans un avenir, dans un espace et dans un temps psychiques communs et partagés. À mon sens, le contrat narcissique concerne ce qui engage la capacité anticipatrice de l'humain.

Je pense que le contre-investissement narcissique des enfants dans les sociétés occidentales, celui qui produit des enfants tyranniques et des enfants fétiches signale la faillite du contrat narcissique. On pourrait évoquer sa perversion dans la mesure où l'investissement narcissique sert avant tout à combler les failles narcissiques des parents eux-mêmes, ou à la publicité qui fait des enfants des objets pour la consommation et des consommables. J'écris dans cet ouvrage que nous avons régressé à une société de prédateurs et d'anthropophages. Le défaut des garants métapsychiques et métasociaux nous conduit vers ce type de rapports : nous nous dévorons les uns les autres pour éviter d'être →

→ confrontés à notre manque. C'est là une dimension importante du mal-être. Cette désagrégation est peut-être un moment qui contient aussi de nouvelles formes de garants : mais je les perçois encore mal.

H.-P. B : Cela serait-il l'envers des travaux de Francis Pasche à propos de l'anti-narcissisme ?

R. K : Les travaux de Francis Pasche sur l'antinarcissisme décrivent la part du narcissisme qui se détache du Moi et qui est investi dans l'objet, dans l'autre. Si, comme je le fais, on resitue l'économie de l'antinarcissisme dans le cadre du contrat narcissique, on comprend que l'antinarcissisme est ce qui est porté sur l'autre pour que son propre narcissisme se constitue, en recevant en retour cet investissement. Je pense que le narcissisme primaire du sujet est d'abord l'investissement antinarcissique de l'autre, qui le précède. C'est la condition pour que, secondairement, le narcissisme de l'*infans* puisse se constituer.

H.-P. B : La question du narcissisme me fait revenir à la première de couverture de votre livre qui est illustrée par « un être sans visage ». Or, dans nos sociétés, toute la problématique du mal ne vient-elle pas des conséquences de la Shoah et de tout ce qui l'a précédée, pour arriver à l'éradication même du visage de l'autre ?

R. K : L'effacement du visage humain est l'un des grands thèmes de l'art contemporain et de la philosophie contemporaine : on citera volontiers Emmanuel Levinas. J'ai choisi ce tableau de Pierre Tal-Coat, parce qu'il représentait ce qui est en question dans le malêtre, ce mal dans l'être ou ce mal à être qu'est l'effacement du visage humain. J'ai aussi pensé à des tableaux de Zoran Music – le désastre de la Shoah et des charniers des génocides étaient là aussi présents à mon esprit. La déformation du visage humain est aussi un grand thème de la peinture de Pablo Picasso et de la révolution cubiste, ou encore de la peinture de Francis Bacon. Le visage humain est le premier objet par lequel les humains s'identifient face à face dans une découverte et une reconnaissance de soi et de l'autre. La connaissance, la disparition, puis les retrouvailles du visage humain sont une expérience fondamentale de l'humanité en soi à travers le regard de l'autre. La grande guerre et les « gueules cassées » qu'elle a produites ont été, pour de nombreux peintres, après Francisco de Goya, un motif pour explorer la défiguration du visage humain et les mutilations causées par les désastres de la guerre.

H.-P. B : L'effacement du visage humain était-il un thème préexistant avant le XXe siècle ?

R. K : L'effacement, peut-être, mais la déformation certainement, sous l'effet des émotions excessives, de la panique, du meurtre et, comme je viens de l'évoquer, des grandes catastrophes. Voyez encore Francisco de Goya, mais aussi Otto Dix, Edvard Munch, Arnold Schönberg, Marcel Grommaire, Henry Thonks…
Le thème de la non-reconnaissance est l'une des questions qui travaille ce livre non pas à travers une thématique philosophique, mais à travers cette question que nous rencontrons dans notre pratique psychanalytique et qui interroge la capacité, l'incapacité ou le refus de reconnaître en l'autre un espace interne de subjectivité.

H.-P. B : Pourriez-vous nous éclairer sur ce que vous définissez comme une « société de prédateurs et d'anthropophages » ?

R. K : Je viens d'en donner quelques exemples à propos de la « consommation de l'enfant » par la publicité. On y ajoutera la pédophilie et les réseaux pédophiles, mais aussi toutes les exploitations de la « matière » humaine, nouvelles dans leurs modalités, mais anciennes dans leur visée : dépouiller l'autre de ce qu'il crée, s'emparer de sa pensée, l'incorporer sans pour autant l'introjecter. Dans ce domaine, les ressources d'Internet et la technique simplissime du copier-coller permettent d'organiser ces prédations à grande échelle.

H.-P. B : La question de la prédation, c'est comme s'il y avait une oralité immédiate ? Dans vos conclusions, vous parlez d'une imago maternelle interne qui ne fonctionne pas comme étayage…

R. K : Oui, je parle des imagos et des fonctions collectivement construites et psychiquement installées, et non pas des mères réelles. Dans cette conjonction, il faut aussi faire la part de ce qui revient à la transformation de la fonction paternelle. Les deux fonctions sont solidaires. La transformation de la société patriarcale n'a pas encore trouvé son nouvel horizon, mais, pour le temps présent, ces imagos et ces fonctions ne fonctionnent pas comme des étayages suffisants et comme des pare-excitations efficaces. La culture de l'urgence, de la satisfaction immédiate, est intolérante au renoncement, à la réalisation directe des buts pulsionnels et au différé de la satisfaction. Ce sont là des conditions qui affectent le développement d'un espace psychique différencié. Pour cet être en formation qu'est l'*infans*, la temporalité de l'union, de la séparation et des retrouvailles est un rythme fondamental. C'est dans ce rythme que se jouent, avec le recours à la parole, l'anticipation et la construction du sens. En assurant la satisfaction immédiate de l'enfant, les parents évitent qu'il ne soit pas en manque – c'est évidemment illusoire –, mais ce qui persiste, c'est l'intolérance à la frustration, à la non-satisfaction immédiate, et cela vaut pour les parents, ou l'un des parents, et pour l'enfant. La culture consumériste et la culture de l'urgence convergent vers les mêmes angoisses et les mêmes solutions : fournir des objets de substitution, remplir le vide, éloigner le différé.

H.-P. B : Comment envisagez-vous, pour l'avenir, la transformation de la société patriarcale ?

R. K : La société patriarcale est déjà en cours de transformation depuis que les modernités ont modifié les lieux et les exercices de l'autorité, les conditions d'accès au savoir, les relations entre les hommes et les femmes, la promotion des relations horizontales et les valeurs de la démocratie. Il demeure des retours en force des affirmations patriarcales, des régressions vers l'autoritarisme lorsque le Trône, l'Autel et le Palais de justice sont menacés. Et nous observons que les intégrismes qui accompagnent souvent les recours fondamentalistes imposent, par la force et la terreur, le retour aux formes les plus archaïques du patriarcat. Les désorganisations consécutives aux ébranlements du patriarcat ont libéré d'autres voies d'organisation du Pouvoir et de l'Autorité, mais elles ont aussi mobilisé des angoisses considérables. Car, pour l'inconscient, l'alternative aux figures archaïques du patriarcat sont celles de la mère archaïque, terrifiantes pour les hommes aussi bien que pour les femmes. La question ne peut s'ouvrir que si l'on invente un mode d'autorité et de pouvoir qui s'inscrira dans le registre du symbolique. C'est une des conditions pour sortir du malêtre.

H.-P. B : Cette immédiateté, dont vous parlez, a-t-elle des conséquences sur le déroulement du temps ? « Être dans l'immédiat » consisterait-il à abolir l'histoire et l'avenir ?

R. K : Abolir peut-être pas, mais plutôt ne pas être en mesure de penser l'Histoire et l'avenir et de les intégrer dans un projet. Le passé se fige dans la nostalgie ou dans trop de charges d'affects dissociés de représentations assimilables. Nous ne devons pas sous-estimer la dimension traumatique dont est chargée l'Histoire pour beaucoup de nos contemporains non seulement des traumatismes « individuels », mais aussi ceux qui se sont produits dans le cours des événements violents qui ont secoué le siècle dernier et qui perdurent encore aujourd'hui. C'est un trait de notre culture hypermoderne de ne pas laisser le temps de la transformation du passé : il faut tout faire vite, sa vie, sa réussite, son deuil... Nous savons mettre le passé en stock, mais nous ne nous préoccupons pas de le faire travailler, dans le travail de mémoire par exemple, dont on parle beaucoup. Simultanément, que de discours sur l'urgence du travail de mémoire ! Ces difficultés dans l'installation de la temporalité psychique n'est sans doute pas sans rapport avec une autre difficulté, celle de s'inscrire dans des rapports de génération et d'ouvrir un accès aux processus d'historisation. C'est une question pour chaque sujet, et c'est une question dans les institutions. Un exemple : il y a lieu de s'interroger sur la place de moins en moins importante réservée dans la formation des psychologues à la mise en perspective de l'histoire des concepts, des techniques, des méthodes de la psychologie et de ses rapports avec les disciplines connexes. Trop souvent, les jeunes psychologues ne savent pas d'où ils viennent et d'où viennent les idées qui leur sont enseignées. Ils croient que le monde commence avec leurs enseignants, et peut-être certains d'entre eux le croient-ils eux-mêmes. Il ne s'agit pas d'énumérer des noms sur une liste généalogique, mais de mettre en œuvre une aptitude de se mouvoir de manière critique dans une généalogie de la pensée, avec ses ruptures, ses impasses et ses voies inexplorées, et donc ouvertes. Le processus d'historisation s'engage ainsi, dans ces reprises, dans cette reconnaissance du passé qui nous a constitués, dans ce rapport critique à ce qui nous a été transmis, dans une incomplétude irréductible, qui ouvre sur un avenir possible. Au lieu de cela, le risque est de s'entretenir mutuellement dans l'illusion d'être sans passé.

H.-P. B. : Il y aurait donc une sorte d'autofondement, conséquence d'un déni des origines ?

R. K. : Oui, un fantasme d'auto-engendrement. Ce fantasme trouve un espace d'expansion lorsque le malêtre s'enracine dans la faillite ou dans les défaillances des rapports de génération et, plus particulièrement, dans les incertitudes et les troubles profonds qui perturbent les processus d'engendrement, de filiation et d'affiliation. Ici encore, plusieurs niveaux et plusieurs types de détermination se conjuguent pour créer cette zone du malêtre. Pour en donner un aperçu, je dirai que l'engendrement, qui se différencie de la reproduction, est l'introduction d'un nouvel humain dans la suite des générations, dans les liens biologiques et dans les alliances psychiques et culturelles qui structurent la place de chacun dans un ensemble. L'engendrement requiert que ceux qui engendrent se reconnaissent comme « répondants » du sujet engendré, garants de son devenir Je. Lorsque les conditions sociales et psychiques de l'engendrement butent sur de graves obstacles, cumulés avec d'autres, par exemple la disparition des « répondants », elles contribuent à déchirer les espaces psychiques et à ébranler leurs appuis sur leurs contenants intersubjectifs et sociétaux. Ce sont des questions comme celle-ci que j'ai essayé de mettre en travail dans *Le Malêtre*.

Bibliographie

Aulagnier P., 1975, *La Violence de l'interprétation. Le pictogramme et l'énoncé*, Paris, PUF.

Freud S., 1929-1930, *Das Unbehagen in der Kultur*, G.W., XIV, 421-506. Trad. fr. *Le Malaise dans la culture*, OFC XVIII, Paris, PUF.

Kaës R., 2012, *Le Malêtre*, Paris, Dunod.

Pasche F., 1965, « L'Anti-narcissisme », *in Revue française de psychanalyse*, *29 (6)* : 503-518.

Touraine A., 1965, *Sociologie de l'action*, Paris, Le Seuil.

Zaltzman N., 2007, *L'Esprit du mal*, Paris, Éditions de l'Olivier.

Réflexion sur l'évaluation neuropsychologique d'enfants et adolescents cérébro-lésés



Jeanne Roche
Psychologue spécialisée en neuropsychologie

Dans le cadre d'une évaluation neuropsychologique, l'étude des fonctions exécutives est importante, car leur mise en œuvre correspond à la mobilisation de fonctions cognitives qui permettent l'adaptation aux situations nouvelles et les apprentissages. Et cette étude est d'autant plus intéressante à effectuer lorsque l'enfant ou l'adolescent est cérébro-lésé pour essayer d'évaluer finement les conséquences du traumatisme. À condition toutefois de disposer d'outils adaptés, et d'être prioritairement à l'écoute de l'enfant et de ses affects.

Cette réflexion est née de l'expérience clinique au SMAEC (service mobile d'accompagnement, d'évaluation et de coordination), centre ressource qui accompagne des enfants, adolescents et jeunes adultes, porteurs de lésions cérébrales acquises au cours du développement (tumeurs cérébrales et traumatismes crâniens essentiellement). La question des fonctions exécutives (FE) dans l'évaluation est abordée de manière privilégiée puisque, d'une part, elles ont un rôle central dans le développement cognitif et, d'autre part, elles sont atteintes d'une manière prépondérante et quasi systématique dans la population à laquelle nous nous intéressons. Enfin, le retentissement de ces perturbations dans le quotidien des enfants, et en particulier dans les apprentissages, est considérable.

Les fonctions exécutives regroupent un ensemble de compétences nécessaires à la réalisation d'un comportement dirigé vers un but (Luria, 1966). Il s'agit de processus de haut niveau permettant de faciliter l'adaptation de la personne à des situations nouvelles, inattendues, complexes, et ce, notamment, lorsque les schémas d'action habituels ne suffisent pas. La mise en œuvre des FE a lieu de façon transversale dans toute activité cognitive complexe, mais également dans le contrôle du comportement. Sur le plan cognitif, les processus exécutifs les plus communément distingués sont la planification, l'inhibition et la flexibilité mentale, ces processus ayant été identifiés comme distincts par des études factorielles (Letho *et al.*, 2003). Les concepts d'attention et de mémoire de travail sont très étroitement associés aux FE. L'expérience clinique ainsi que des travaux en neuropsychologie et en psychophysiologie ont montré la nécessité d'étudier les FE, en particulier du fait de leur développement très précoce (dès la première année), très long (jusqu'à la fin de l'adolescence), et de leur grande vulnérabilité, notamment dans le cas de lésions cérébrales, mais également dans les syndromes neuro-développementaux. La prise en compte des FE dans l'évaluation apporte en effet un éclairage indispensable à la compréhension de nombreux tableaux cliniques (traumatisme crânien, tumeur cérébrale, TDA/H*, dyspraxie, dyslexie, autisme, épilepsie…). Sur le plan théorique, nous ne disposons pourtant d'aucun modèle du développement des FE. La référence à l'expérience clinique, riche « matière première », est alors nécessaire. L'objectif de cette réflexion est de proposer une posture clinique d'évaluation neuropsychologique des enfants, en conservant de fortes exigences méthodologiques classiques, et en introduisant des aspects éthiques, relationnels et psychoaffectifs.

Cet objectif est envisagé sur la base de l'expérience clinique auprès d'une population d'enfants avec lésions cérébrales acquises par le biais notamment d'une « approche dynamique » de l'analyse des comportements observés. Cette démarche impose de considérer la personne dans son entièreté (et non uniquement dans ses aspects cognitifs) et également dans sa singularité.

ASPECTS PSYCHOAFFECTIFS ET POSITIONNEMENT ÉTHIQUE DANS L'ÉVALUATION

Le cadre

Nous ne pouvons asseoir notre démarche d'évaluation neuropsychologique uniquement sur les modélisations

Note

* Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité.

théoriques du fonctionnement cognitif de la personne, et ce, même si nous disposions d'un modèle théorique consensuel concernant les FE de l'enfant.

Des aspects cognitifs d'une personne dans sa globalité

Les aspects psychoaffectifs influencent significativement les performances cognitives des enfants. Il est donc nécessaire, dans l'objectif d'une approche plus holistique de l'évaluation, de prendre en considération les manifestations de ces aspects. Sans cela, le risque de se tromper sur l'étiologie des troubles est grand, et les propositions d'aide découlant du diagnostic risquent d'être moins pertinentes, donc moins efficaces. Parmi les facteurs psychoaffectifs qui influencent les performances de l'enfant aux différentes épreuves, l'anxiété est le plus fréquent. On peut également citer l'opposition, la colère et l'inhibition psychique.

Le cas de Julien, douze ans, illustre la manière dont l'anxiété peut faire émerger et majorer les signes dysexécutifs. Julien est porteur d'une tumeur cérébrale diagnostiquée et opérée partiellement à l'âge de cinq ans. Au cours du bilan, Julien se montre très angoissé, particulièrement au début. Il lui est nécessaire d'avoir une présence particulièrement contenante et rassurante tout au long de la journée de bilan. De façon générale, Julien montre un grand manque de confiance en lui quant à ses compétences cognitives. Il renonce rapidement lorsqu'une tâche le met en difficulté. Il faut insister avec beaucoup de bienveillance pour qu'il accepte de donner une réponse, même incertaine ou partielle. S'il est parfois possible d'employer un peu d'humour pour dédramatiser la situation, Julien peut rapidement être submergé d'angoisse et devenir complètement indisponible. En conséquence, même s'il accepte de faire ce bilan, son investissement dans les différentes épreuves ainsi que ses performances sont assez fluctuants et limités par le niveau d'angoisse et également par les difficultés cognitives princeps, principalement un syndrome dysexécutif (déficit d'attention soutenue et de mémoire de travail, ralentissement attentionnel, trouble de la planification et du raisonnement). Le développement des FE a vraisemblablement été perturbé par la lésion cérébrale. Les difficultés exécutives et attentionnelles sont potentialisées par les manifestations d'angoisse.

Dans cet exemple, si l'on s'en tient à la mesure des performances cognitives de cet enfant, on peut conclure à un trouble attentionnel massif. La prise en compte des conséquences de sa très grande anxiété a permis de lui faire comprendre que, lorsqu'il se trouve en grande difficulté face à une activité complexe, une part de cette difficulté est liée aux séquelles neurologiques de sa maladie (face à laquelle on pourra envisager des adaptations pédagogiques et l'aider à « faire avec ») ; une autre part est liée à son anxiété (pour laquelle on peut lui proposer une aide psychologique).

> *Parmi les facteurs psychoaffectifs qui influencent les performances de l'enfant, l'anxiété est le plus fréquent.*

Les conditions du bilan ou l'enfant considéré dans sa singularité

La démarche traditionnelle d'évaluation a tendance à pousser l'enfant à travailler jusqu'à ce qu'il soit en situation d'échec, au-delà de son seuil de saturation et quel que soit son ressenti. Nous suggérons, au contraire, que le temps du bilan et les instants qui précèdent soient marqués par la recherche des conditions dont l'enfant a besoin (sur le plan cognitif surtout, mais également affectif) pour pouvoir se mobiliser sereinement sur les différentes épreuves. Nous sommes attentifs à maintenir ces conditions optimales de sérénité et de confiance autant que nécessaire, afin d'avoir accès aux capacités intrinsèques de l'enfant. Ainsi, nous visons à trouver le point d'équilibre entre l'effort à produire pour atteindre un objectif et les limites attentionnelles de l'enfant. Cette démarche n'est pas applicable aux tests en tant que tels, qui ne sont pas conçus selon ces exigences (pour des raisons méthodologiques évidentes), mais peut être envisagée dans la façon dont se déroule l'évaluation. Elle peut se décliner de différentes manières.

Tout d'abord, la pratique d'un bilan s'envisage avec le consentement éclairé de l'enfant, et non uniquement celui de ses parents, au risque de ne pouvoir mesurer que les conséquences d'une opposition, ou d'une indisponibilité. Il s'agit donc de lui expliquer avec des mots accessibles les raisons qui justifient de faire une évaluation, la façon dont elle va se passer, et ce qu'elle va pouvoir apporter.

Le bilan constitue parfois un enjeu pour l'enfant (« *Est-ce que je suis bête ?* ») et ses parents (« *Mon enfant est-il normal ?* », « *Pourra-t-il continuer à apprendre ?* »). Il n'est pas rare de voir arriver un enfant montrant des signes inhabituels d'inconfort, d'anxiété (mauvais sommeil la nuit précédente, mal de ventre). Nous proposons au(x) parent(s) d'accompagner l'enfant dans le bureau où se déroulera le bilan, afin d'assurer une transition en douceur. Nous prenons d'abord le temps d'un échange puis le bilan se déroule en tête-à-tête avec l'enfant. Si l'enfant manifeste une certaine opposition, par exemple, nous essayons d'être à l'écoute de ce qui peut l'inquiéter et de lui laisser la liberté de l'exprimer. Lorsqu'en dépit de notre bienveillance, des explications et d'une réassurance, l'enfant ne peut pas se mobiliser sur le bilan (car trop inquiet ou trop agité...), le bilan n'est pas réalisé ou est interrompu. →

→ On lui explique, ainsi qu'à ses parents, que ce n'est pas le moment pour lui et qu'on peut malgré tout l'aider.
Le choix de la première épreuve proposée est important, particulièrement si l'enfant est anxieux. Dans ce cas, on privilégiera une épreuve *a priori* facile pour lui, qui le mettra en position de réussite. On évitera les supports abstraits (comme des cubes, des matrices ou des figures géométriques), qui, à cause de leur absence de signification, peuvent favoriser l'expression d'angoisses, au bénéfice de matériel concret et imagé, plus à même de canaliser la pensée de l'enfant. Ainsi, une épreuve de dénomination d'objets et parties d'objets peut répondre à ces critères.

La pensée est donc considérée comme étant multidéterminée, et en mouvement perpétuel.

Tout au long du bilan, on recueille ce que l'enfant donne, selon sa temporalité. Le rythme intertest (de nombreuses épreuves étant chronométrées) est déterminé par ses propres possibilités. Le neuropsychologue peut donc être mené à reconsidérer, en cours de séance, le nombre d'épreuves à proposer. La moindre baisse d'implication doit être identifiée (à quel moment cela survient ? Est-ce dû à de la fatigue, à un moindre intérêt pour l'épreuve en cours, à une inquiétude ?) et prise en compte. L'enfant est informé au préalable et autant que nécessaire de la possibilité de faire des pauses aménagées à sa convenance.
La fatigabilité est davantage mesurée au nombre et à la fréquence des pauses dont l'enfant a besoin (indépendamment de sa demande effective de faire une pause), plutôt qu'à la baisse des performances qu'elle engendre ou à la capacité de l'enfant de résister à l'épuisement.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉVALUATION

L'absence de modèle théorique spécifique au développement des FE a conduit à se référer à des modèles adultes (Miyake *et al.*, 2000, Baddeley, 1986).
Ce « contournement » de la démarche scientifique stricte induit un certain nombre de fragilités, en particulier dans les outils de mesure. De nombreuses critiques ont déjà été formulées (Roy *et al*, 2005). Retenons principalement que la référence à des modèles adultes conduit à envisager que les fonctionnements de l'enfant et de l'adulte sont similaires et à négliger l'aspect développemental de ces fonctions.

Le projet FEE

Face aux constats du manque d'outils d'évaluation, de l'insuffisance des connaissances sur l'organisation et le développement des FE chez l'enfant, et de l'aspect très partiel de la sémiologie des troubles, est né le projet « FEE » (fonctions exécutives de l'enfant). Ce projet a pour but d'étudier le fonctionnement normal et pathologique des FE chez l'enfant âgé de six à seize ans (piloté par Arnaud Roy, université d'Angers).
Le premier objectif, méthodologique, consiste à proposer une nouvelle batterie d'épreuves adaptées aux enfants, tenant compte des limites actuelles. Cela inclut le recueil de données normatives, ainsi que la validation des épreuves auprès de différentes populations de patients concernés par les troubles des FE (traumatisme crânien, tumeur cérébrale, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, dyslexie, autisme, neurofibromatose de type 1, phénylcétonurie, drépanocytose, épilepsie, prématurité, dyspraxie). La batterie comprend douze tests, ainsi que deux questionnaires.
Un deuxième objectif, théorique, vise à préciser la structure supposée factorielle des FE et, au-delà, à mieux comprendre le développement « normal » des fonctions exécutives.
Le troisième objectif, clinique, tend à préciser la sémiologie des troubles des FE de l'enfant, ainsi que les critères diagnostiques, et proposer une description spécifique du tableau exécutif de chaque pathologie étudiée.

Interprétation dynamique des performances

Pour affiner le diagnostique cognitif, nous nous situons dans une approche « dynamique » de l'analyse des comportements observés. Cela consiste à envisager chaque observation en lien avec les autres, et en fonction du contexte : charge attentionnelle requise par la tâche, durée de travail cumulée, intérêt pour ce qui est proposé, niveau d'aisance de l'enfant, représentation qu'il se fait du bilan, fatigue, période de l'année, vécu familial... Plutôt que d'appliquer un schéma, « une fonction – un test – un résultat – une interprétation », il s'agit de chercher à comprendre comment les différents éléments recueillis interagissent les uns avec les autres, en fonction de quels facteurs, selon quelle temporalité, ainsi que les éventuels liens de cause à effet. La pensée, la réflexion, est donc considérée comme étant multidéterminée, et en mouvement perpétuel.
Le test de Stroop (version française pour enfant, Albaret et Migliore, 1999), par exemple, est un des seuls outils publiés en langue française permettant de mesurer la capacité d'inhiber un processus automatique, au profit d'un processus volontaire contrôlé (ne pas lire les noms de couleur écrits dans une couleur non congruente, mais dénommer la couleur avec laquelle ils sont écrits). Au-delà d'importants problèmes méthodologiques, la cotation du Stroop ne prend pas en compte les erreurs et ne permet donc pas d'expliquer une faible performance. Il faut donc



impérativement analyser qualitativement les productions des patients.
En pratique, une faible performance, sans aucune erreur, orientera le clinicien vers un problème de vitesse de traitement de l'information. Il reste à comprendre pourquoi cette vitesse est réduite dans ce test-là. Est-ce en raison d'un problème de sensibilité à l'interférence (l'inhibition d'un processus automatique est possible, mais peut-être pas automatique), ou s'agit-il d'un ralentissement attentionnel plus global ? Ce ralentissement est-il princeps ou lui-même la conséquence de la compensation d'un autre trouble ?
Une faible performance accompagnée de nombreuses erreurs doit nous inciter à préciser la nature de ces erreurs : vérifier qu'il s'agit bien d'erreurs d'inhibition (c'est-à-dire que la personne lit au lieu de dénommer la couleur) et noter si elles sont autocorrigées ou pas et dans quelle proportion, également s'il y a des hésitations. Le fait que le patient hésite, mais donne la bonne réponse ou se trompe, mais se corrige instantanément ou se trompe sans s'en rendre compte, donne une indication de la gravité du trouble.
L'arborescence des conjectures est évidemment impossible à décrire de manière exhaustive, tant elle prend des allures différentes d'un patient à l'autre et d'une épreuve à l'autre. De plus, l'analyse qualitative des autres épreuves permet d'orienter les hypothèses et d'affiner peu à peu les pistes diagnostiques.

Cette approche dynamique peut également être appliquée en approfondissant la passation usuelle de subtests des échelles de Wechsler (Wisc-iv) comme Arithmétique.
Alors que cette épreuve revêt un caractère écologique, puisqu'elle se rapproche de situations que l'enfant est susceptible de rencontrer dans son quotidien, le clinicien peut se trouver en difficulté pour interpréter une faible performance. En effet, plusieurs facteurs peuvent être en cause : des difficultés de compréhension orale, de raisonnement logico-mathématique, un trouble de la mémoire de travail… L'observation clinique dans le cadre des conditions strictes de passation ne permet pas suffisamment de faire la part des choses. En pratique, une fois le subtest administré en respectant rigoureusement les modalités de passation avec lesquelles il est standardisé, on peut soumettre à nouveau à l'enfant un ou plusieurs items échoués. On lui propose cette fois d'utiliser une feuille et un stylo et de s'en servir librement, sans contrainte de temps ni limitation dans la répétition de l'énoncé. L'enfant peut donc noter ou dessiner les informations qu'il juge pertinentes et les garder sous les yeux le temps de la réflexion. Ces conditions permettent de s'affranchir de la composante « mémoire de travail » de ce test. Si l'enfant réussit, cela nous oriente vers l'hypothèse d'un →

Le clinicien peut se trouver en difficulté pour interpréter une faible performance.

→ trouble de la mémoire de travail. S'il échoue, on pense davantage à un problème de raisonnement logique, ou à une difficulté de compréhension orale (on aura, dans ce cas, de nombreux autres arguments au cours du bilan), ce qui n'exclut pas qu'il puisse exister un trouble supplémentaire de la mémoire de travail.
Le fait d'approfondir la passation d'un subtest afin d'affiner l'interprétation des performances est toujours réalisé de manière à ne pas introduire de biais dans la cotation ou ne pas provoquer un effet re-test. Bien entendu, on ne pourra pas faire bénéficier un enfant de ce type d'analyse si on le soumet fréquemment à des mesures psychométriques.

APPORTS DU BILAN

Éléments d'interprétation

L'interprétation des résultats est appréhendée dans le contexte des conditions optimales (décrites précédemment), ce qui mène le clinicien à distinguer la nature et l'intensité des difficultés intrinsèques d'une part, et les facteurs qui favorisent plus ou moins l'expression de ces difficultés d'autre part. Ces facteurs peuvent être personnels, mais non spécifiquement cognitifs (fatigue, anxiété, stress) et-ou contextuels, environnementaux (bruit, agitation, pressions extérieures…). Le repérage de ces facteurs ainsi que la mesure du contexte dans lequel les résultats sont obtenus font partie de l'évaluation neuropsychologique.

La restitution du bilan à l'enfant et ses parents

Nous procédons à une restitution orale de cette évaluation dans le service, en présence de l'enfant, avec des mots qui lui sont accessibles. Les troubles identifiés sont délétères pour les apprentissages scolaires et constituent une véritable incapacité. Dans le quotidien, ils induisent une situation de handicap, le plus souvent « invisible » puisque les troubles somatiques sont minimes ou absentes et que l'efficience intellectuelle n'est généralement pas altérée.
La restitution du bilan vise à nommer, comprendre les difficultés et identifier les ressources, et permet donc à l'enfant de mieux se connaître. Le moment de restitution est l'occasion pour l'enfant et ses parents de faire des liens avec les difficultés rencontrées dans le quotidien. Toutefois, les explications ne sont pas toujours entendues. Il faut parfois plusieurs années pour que les paroles dites au moment de la restitution prennent du sens. Les différents professionnels en charge de l'accompagnement sont alors « porteurs » de ces éléments.
Dans d'autres cas, ces mots mettent fin à de lourdes incompréhensions de la part des parents et de l'enfant lui-même. On comprend que ces difficultés sont indépendantes de la volonté de l'enfant, de sa motivation, du travail fourni, de l'éducation de ses parents…
La restitution peut déboucher sur une demande, ou à défaut une proposition d'aide, en particulier dans la scolarité. Ces aides consistent à aménager l'environnement de l'enfant, à mettre en place des moyens de compensation. Elles se déclinent de différentes façons : échange avec l'enseignant, adaptations pédagogiques, présence d'un auxiliaire de vie scolaire, allègement de la charge de travail et de l'emploi du temps… Elles seront mises en place en fonction de la nature précise des difficultés et des méthodes de l'enseignant, son lien avec l'enfant, ses possibilités matérielles…
Le bilan neuropsychologique est une étape dans le suivi clinique pluridisciplinaire au long cours. Il contribue à une meilleure connaissance de soi. À ce titre, il peut avoir un rôle thérapeutique et permettre d'aborder une autre étape dans le chemin qui mène à « faire avec » la situation de handicap.

EN CONCLUSION

L'objectif d'améliorer la qualité de l'évaluation neuropsychologique des enfants passe nécessairement par une optimisation méthodologique des outils d'évaluation, ce qui est réalisé au travers du projet FEE. Pour déterminer au plus juste les difficultés et potentiels de l'enfant, il s'avère inévitable de conjuguer à cette rigueur méthodologique une approche dynamique des comportements observés, intégrant aussi bien leurs dimensions cognitives que psychoaffectives. ◗

Bibliographie

Albaret J.-M., Migliore L., 1999, *Test de Stroop*, Paris, ECPA.

Baddeley A. D., 1986, « Working Memory », Oxford, Clarendon Press.

Lehto J. E., Juujärvi P., Kooistra L., Pulkkinen L., 2003, « Dimensions of Executive Functioning : Evidence from Children », *British Journal of Developmental Psychology, 21* : 59-80.

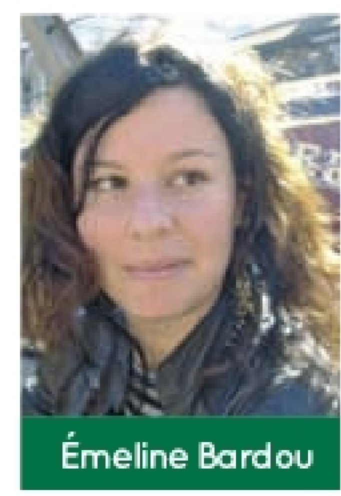
Luria A. R., 1966, « Higher Cortical Functions in Man », New York, *Basic Books*.

Miyake A., Friedman N. P., Emerson M. J., Witzki A. H., Howerter A., Wager T. D., 2000, « The Unity and Diversity of Executive Functions and their Contributions to Complex "Frontal Lobe" Tasks : A Latent Variable Analysis », *Cognitive Psychology, 41 :* 49-100.

Roy A., Gillet P., Lenoir P., Roulin J.-L., Le Gall D., 2005, « Les fonctions exécutives chez l'enfant : évaluation », *in* C. Hommet, I. Jambaqué, C. Billard, P. Gillet (Eds.), *Neuropsychologie de l'enfant et troubles du développement*, Marseille, Solal.

Wechsler D., 2005, *WISC-IV : Échelle d'intelligence de Wechsler pour enfants*, 4e éd.,Paris, ECPA.

Groupes de parole pour les familles d'enfants en situation de handicap



Émeline Bardou
Psychologue praticienne
Docteur en psychologie
Chargée de recherche et d'enseignement, université Toulouse 2

La naissance d'un enfant en situation de handicap est une épreuve qui aura des conséquences sur l'ensemble de la famille, l'enfant lui-même, les parents bien sûr, mais aussi l'ensemble de la fratrie. Pour accueillir la culpabilité, les interrogations, sentiments d'injustice, la peur de ce bouleversement familial, peu de dispositifs sont destinés aux proches en sus de l'accompagnement de l'enfant. Une équipe d'un service ambulatoire spécialisé auprès d'enfants âgés de la naissance à six ans a, dans cette optique, expérimenté des groupes de parole, certains à destination de la fratrie, d'autres des parents.

La naissance d'un enfant porteur de handicap bouleverse la famille au sens large, provoquant un choc pour les parents, mais aussi pour la fratrie. Mettre au monde un enfant porteur de handicap entraîne aussi un sentiment de culpabilité qui s'enracine dans la croyance d'être responsable de la transmission du handicap, s'appuyant ou non sur des éléments de réalité. L'enfant, les parents, ou bien encore la fratrie, ressentent une stigmatisation, un sentiment d'isolement et d'incompréhension que les groupes de parole institutionnels permettent de prendre en compte.
En considérant la réalité des dispositifs de soins « oubliant » trop souvent les frères et sœurs d'enfants en situation de handicap, mais aussi les parents, et en tenant compte des difficultés pour ces derniers de parler du handicap de l'enfant, nous avons mis en place deux groupes de parole dans le cadre d'un service d'éducation et de soins spécialisés à domicile. Le premier est un groupe de parole fratrie à destination des frères et sœurs d'enfants en situation de handicap, ayant pour principaux objectifs d'expliquer le handicap et d'exprimer les sentiments ressentis (Bardou, 2012). Le deuxième est un groupe de parole parents nommé « Café des parents », adressé aux parents, qui, blessés narcissiquement par le handicap de l'enfant, se trouvent en difficulté pour trouver leur identité de parent.
Selon les situations, un suivi thérapeutique plus individualisé est proposé pour accompagner psychologiquement les parents ou les membres de la fratrie.
Les équipes d'éducation spécialisée et de soins à domicile (EESSAD) sont des services médico-sociaux rattachés aux services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) départementaux s'adressant à la petite enfance (de la naissance à six ans) dont les agréments spécifiques précisent les spécialités d'intervention et d'accueil de la population porteuse de handicap, dépendant la plupart du temps d'une structure associative. Composés d'équipes pluridisciplinaires, les SESSAD visent le soutien à l'intégration scolaire, l'acquisition de l'autonomie, le conseil et l'accompagnement de la famille, l'aide aux développements du langage, psychomoteur, éducatif et psychoaffectif.
Ils interviennent à la suite de la décision de la MDPH (Maison départementale des personnes handicapées) auprès d'enfants ou adolescents en situation de handicap, scolarisés en milieu ordinaire ou dans un dispositif d'intégration collective (CLIS, ULIS). Des agréments spécifiques précisent la spécialité d'intervention et d'accueil de la population handicapée (sensoriel, moteur, intellectuel, polyhandicap, etc.).
Notre agrément spécifique d'intervention avec une population d'enfants en bas âge (de la naissance à six ans) nous amène à être souvent les premiers « professionnels du soin », au sens large, à intervenir auprès des enfants en situation de handicap et de leur famille (parents, fratrie). Cette position temporelle tisse les premiers liens de la famille avec une institution médico-sociale, avec l'institution scolaire, par la première scolarisation en milieu ordinaire (confrontation à la norme et conformité sociale) et comprend le travail sur l'annonce du handicap et ses différentes étapes auprès des membres de la famille, notamment dans des cas complexes d'explorations médicales en cours sur les origines et diagnostics du handicap (dont de nombreuses étiologies non précisées).

→

→ LE DISPOSITIF

Le groupe de parole fratrie se situe à l'interface institutionnelle de deux autres groupes d'expression (groupe de parole parents et ateliers éducatifs avec les enfants porteurs de handicap et la fratrie), qui permettent de reprendre et d'élaborer avec les parents d'une part et avec les enfants d'autre part ce qui a été abordé en groupe fratrie. Ces trois dispositifs institutionnels créent des effets de résonance à plusieurs niveaux, agissant sur les relations horizontales (frère-sœur) et également sur les relations verticales (parents-enfants et parents-institution). Du côté des enfants, les ateliers éducatifs, qui ont lieu juste après le groupe de parole fratrie, permettent de reprendre concrètement et en situation certaines des problématiques abordées auparavant, avec le soutien des éducatrices, dans la relation fraternelle.

Du côté des parents, la thématique de la relation fraternelle peut être abordée avec l'accord de la fratrie, en renvoyant le point de vue de l'enfant de sa place singulière de frère ou sœur, soulignant son statut particulier et les aménagements défensifs spécifiques à sa position.

Groupe de Parole Fratrie
•Espace d'expression pour les frères et soeurs en situation de handicap

Groupe de Parole Parents
•Espace d'expression "Café parents" pour les parents d'enfants en situation de handicap

Atelier Educatif Fratrie / Enfants
•Espace d'expression réunissant les frères et soeurs avec l'enfant en situation de handicap

Figure 1. Dispositif institutionnel des groupes de parole

GROUPE DE PAROLE FRATRIE

La fratrie désigne l'ensemble des frères et sœurs d'une famille et implique la notion de lien fraternel jouant un rôle capital dans le psychisme de l'enfant. Le frère ou la sœur « *est un semblable et le début de l'étranger* » (Brusset, 1981) révélant les processus identitaires à l'œuvre dans la coconstruction de la personnalité de chaque enfant.

Précocement confrontée à la souffrance parentale, la fratrie d'enfants en situation de handicap peut ne pas s'autoriser à exprimer son mal-être pour protéger les parents ou parfois pour les restaurer narcissiquement. D'autant plus que l'enfant porteur de handicap occupe une grande place dans la famille. Cela mène la fratrie à trouver difficilement son positionnement dans un quotidien où le handicap est omniprésent et où les renversements générationnels sont possibles (l'enfant puîné peut devenir l'aîné d'un enfant handicapé). À l'extérieur du cercle familial, la fratrie peut se retrouver en souffrance, notamment devant des camarades, s'ils éprouvent de la honte ou subissent leurs moqueries.

La difficulté à aborder ou à expliquer aux autres le handicap peut entraîner une crainte de devoir faire face aux questions, une gêne, voire une réelle détresse entravant la socialisation de l'enfant.

L'annonce du handicap est un traumatisme pour les frères et sœurs (Scelles, 2007), qui s'exprime par la mise en place de mécanismes de défense permettant de s'adapter à ce conflit psychologique interne, inhérent au handicap dans la famille. Culpabilité, abandon, incompréhension, jalousie, pitié, peur, isolement, honte, ignorance, rejet, surprotection, ne sont que quelques-unes des réactions manifestées par ces frères et sœurs d'enfants en situation de handicap.

Les études concernant la pratique des groupes de parole pour les fratries ont seulement commencé au début des années 2000 en France (Gardou, 2005). Il y a peu de recul dans notre pays sur la manière de prendre en charge la fratrie des personnes en situation de handicap (Scelles, 2010). Toutefois, les résultats des études cliniques (Scelles *et al.*, 2007) mettent en avant l'intérêt thérapeutique des groupes de parole à l'attention de la fratrie, permettant une élaboration psychique et une expression émotionnelle autour de leur vécu du handicap dans la famille.

Le cadre

Le groupe fratrie se déroule dans les locaux de L'EESSAD avec une fréquence de deux fois par mois sur une durée d'une heure[1] (Bardou, 2012). Les indications sont discutées en équipe avec, au préalable, un entretien individuel entre le psychologue et le frère ou la sœur. Les groupes fratrie sont constitués en tenant compte du handicap de l'enfant suivi à l'EESSAD, de l'expression d'une souffrance ou d'une incompréhension de la fratrie, de leur demande, mais aussi de celle des parents. Nous prenons également en considération l'âge et le développement de la fratrie, et restons ouverts pour accueillir tout au long de l'année d'autres frères ou sœurs au sein du groupe.

La psychologue anime le groupe avec l'éducatrice spécialisée pour jouer le rôle de médiatrice, et d'aide à la circulation de la parole.

Le contenu

Les groupes fratries sont similaires aux groupes de parole parents dans la mesure où ils permettent d'exprimer ce que le handicap a introduit dans la famille par le jeu des identifications facilitées par la réunion d'autres personnes qui vivent des expériences semblables.
Ce lieu d'écoute extérieur en situation groupale induit des effets d'« identification-différenciation » laissant une possible « résonance » (Scelles, 2007) et autorise un travail d'élaboration psychique.
Les thèmes abordés sont orientés par le discours des enfants, qui ont la possibilité d'utiliser des médiations pour les aider à s'exprimer (littératures enfantines sur le handicap, jouets spécialisés, dessins, marionnettes).

Les objectifs

Ce groupe d'expression permet aux frères et sœurs de se sentir aidés, reconnus et valorisés, chacun dans sa singularité. Les témoignages des autres enfants légitiment des sentiments qu'ils partagent et permettent de réduire leur impression de solitude quand ils découvrent que d'autres frères ou sœurs vivent une expérience similaire. Cet espace groupal induit une entraide mutuelle reposant sur leur condition de frère et de sœur, qui prend la forme de conseils mutuels et d'observations sur la manière dont les autres gèrent les situations difficiles. Globalement, deux objectifs sont visés dans ces groupes de parole fratrie :
– Sans parler d'acceptation du handicap, on pourrait, dans un premier temps, avoir pour objectif de « conscientiser le handicap », de le mettre en mots, de le faire exister et de l'expliquer. Aborder la notion de handicap, le nommer lorsque cela est possible, évoquer les différents signes cliniques, constitue une première étape pour le comprendre. Celle-ci est rarement abordée dans le cadre familial en raison de la difficulté et de la souffrance éprouvée par les parents sous l'effet du traumatisme. Elle est aussi rarement abordée dans le cadre professionnel, qui laisse souvent les fratries d'enfants en situation de handicap à côté de tout dispositif thérapeutique. La désinformation sur le handicap peut mener la fratrie à des interprétations personnelles et des scénarios totalement erronés, fruits de leur inconscient (croyance de contagion du handicap, d'un danger de mort, d'une étiologie « personnalisée », etc.).
– Dans un deuxième temps, le groupe de parole a pour objectif d'aider les frères et sœurs à « exprimer leurs sentiments », leurs émotions, mais également à formuler les questions engendrées par l'intrusion du handicap dans leur existence et dans leur famille. Plusieurs aménagements défensifs peuvent s'exprimer :

• *Angoisse :* la fratrie peut consciemment ou inconsciemment développer une peur de devenir comme le frère ou comme la sœur handicapé(e), ou s'angoisser pour l'avenir de leur frère ou de leur sœur handicapé(e), ou bien craindre pour les parents et leur souffrance.
• *Abandon :* l'enfant peut se sentir délaissé ou rejeté tant la préoccupation parentale est prioritairement orientée vers l'enfant handicapé.
• *Désamour :* les frères et les sœurs peuvent interpréter cette attention particulière que reçoit l'enfant handicapé comme un manque d'amour pour eux, provoquant un sentiment d'incompréhension, notamment lorsque les styles éducatifs parentaux sont différents à leur égard et à l'égard de leur frère ou sœur handicapé(e).
• *Injustice, colère :* cette incompréhension du handicap peut conduire à éprouver une injustice ou une profonde colère.
• *Bénéfices secondaires :* ces sentiments négatifs peuvent conduire la fratrie à développer un « handicap », ou à régresser, ou bien à se « créer » un symptôme pour capter l'attention des parents afin de « bénéficier » de certains avantages, notamment leur amour et leur disponibilité.
• *Jalousie :* le handicap intensifie l'ambivalence des sentiments des frères et des sœurs oscillant entre amour et haine, qui peut prendre la forme d'une jalousie, et souvent s'accompagner d'une profonde culpabilité.
• *Culpabilité :* un sentiment de culpabilité est presque systématiquement présent à un moment dans l'histoire de l'enfant, provenant du fait de ne « pas avoir attrapé le gène ou le handicap », culpabilité d'être plus autonome et plus intelligent que l'enfant porteur de handicap, ou bien culpabilité liée à la croyance erronée que le handicap est une faute ou une erreur du frère ou de la sœur. Cette culpabilité peut mener la fratrie à accepter passivement des situations de maltraitance de la part de l'enfant porteur de handicap, la plaçant alors dans une relation masochiste. À l'inverse, la fratrie peut se positionner dans une relation d'aide et de dévouement, au risque parfois d'être envahie par ce devoir. Ces deux positionnements permettent d'atténuer les sentiments de culpabilité éprouvés.
• *Parentalisation :* en écho à ces sentiments de culpabilité ou, pour décharger les parents, la fratrie peut alors occuper une position parentale envers l'enfant porteur de handicap, en s'investissant d'une mission de responsabilité qui dépasse son statut de frère ou de sœur, pouvant le conduire à adopter une position parentale envers un des parents en fonction de sa fragilité ou bien envers l'enfant porteur de handicap. →

Note

1. Bardou E., juin 2006, « Groupe de parole pour les parents d'enfants handicapés "le café des parents" » ; « Groupe fratrie », rapport de projet institutionnel, EESSAD de Brive.

• *Surprotection :* dans la même logique, on peut aussi assister à des conduites de surprotection de la fratrie avec une inversion des rôles générationnels (position de cadet ou d'aîné) renvoyant à la difficile identification au frère ou à la sœur en situation de handicap, avec un sentiment exacerbé de loyauté et de responsabilité à son égard.

Synthèse

Les frères et les sœurs d'enfants en situation de handicap vivent, depuis leur enfance, une situation qui modifie de façon profonde et durable la relation qu'ils ont avec leurs parents, leurs proches et le reste du monde. Plusieurs étapes marquent les processus psychologiques à l'œuvre dans « la prise de conscience » du handicap, amenant parfois de la souffrance ou de l'incompréhension, nécessitant un espace d'écoute et de parole extérieur, cet espace tiers facilitant les confidences. Il est important de souligner que ces frères ou ces sœurs développent une ouverture à la différence, un degré accru de tolérance et une maturité précoce (Scelles, 2010). La confrontation au handicap dans la famille permet aussi à la fratrie de transformer les fragilités en forces, ouvrant vers le concept de résilience.



GROUPE DE PAROLE PARENTS

Les parents qui viennent à l'EESSAD sont confrontés à un bouleversement majeur laissant place à la perte, la rupture des rêves et des espoirs, les angoisses de mort, la tristesse et la colère. Le handicap a pour conséquence une désorganisation de la dynamique familiale instaurée jusqu'à l'arrivée de l'enfant handicapé, oscillant entre deux tendances pulsionnelles : la mort psychique ou la résilience (Wintgens et Hayez, 2003).
L'annonce du handicap a un effet traumatique, « *du fait de la rupture narcissique qu'ils éprouvent brutalement entre les représentations imaginaires qui s'étaient notamment construites au cours de la grossesse de la maman, et les représentations sociales négatives liées au handicap*[2] ».
Comment penser leur accompagnement, tenir bon, résister, revivre ? Comment aider ces parents dans ces moments difficiles, à les dépasser et à continuer leur vie avec cet enfant différent ?
Les recherches auprès des parents d'un enfant handicapé se focalisent sur la phase de l'annonce de la pathologie, sans réellement prendre en compte les processus qui marquent les premières années de vie de l'enfant (entrée à la crèche, à l'école maternelle, etc.) que permet justement d'aborder le groupe de parole.
« *Certains parents ne veulent ni ne peuvent parler du handicap, car en parler reviendrait à le faire exister* » comme une sorte de sidération entraînant une forme d'anesthésie de la pensée et du ressenti émotionnel « *dans une tentative désespérée d'annuler magiquement ce qui vient de se passer* » (Scelles, 2006). Toute naissance implique, pour les parents, un travail de deuil : l'enfant qui naît n'est jamais conforme à l'enfant imaginaire, prolongement du narcissisme parental. La révélation du handicap crée une blessure narcissique, perturbant les processus d'identification et d'inscription dans la filiation.
Comme évoqué précédemment, le risque est grand, à partir de l'annonce, de réduire ainsi le champ des perspectives de l'enfant et de son épanouissement. Nous constatons donc les effets « désubjectivants et déshumanisants » de l'annonce du handicap (qui peut coller à l'enfant une étiquette avec des perspectives de développement figées ne tenant pas compte de la singularité du sujet) qu'un véritable dispositif d'accompagnement permet de contenir et de faire évoluer.

Le cadre

Le groupe de parole parents est un temps d'échanges chaleureux, marqué par le moment informel du café, qui rassemble. Animé par la psychologue, il permet d'éviter les types classiques d'entretiens psychologiques, qui peuvent renforcer les défenses phobiques des parents, dans les cas de traumatismes récents[3]. Proposer systématiquement des entretiens psychologiques n'étant pas adapté pour tous les parents, il nécessitait de coconstruire un dispositif d'aide, décalé du cadre thérapeutique formel, supprimant la position d'expertise des professionnels à un « supposé savoir ».



Ainsi, après avoir pris connaissance d'autres cadres thérapeutiques mis en place par diverses institutions médico-sociales, nous avons instauré dans les locaux de l'EESSAD un moment de rencontre régulier (une fois tous les quinze jours) et libre pour les parents, que nous avons nommé « le café des parents ». Les parents sont accueillis par la psychologue et l'assistante sociale autour d'un café, pendant que les enfants ou la fratrie ont la possibilité d'être pris en charge dans un atelier éducatif qui a lieu au même moment.

Le contenu

La parole est le médiateur principal de ce groupe articulé autour du café, moment symbolique et convivial. Nous laissons la possibilité d'utiliser d'autres supports (thèmes, DVD, livres, articles) selon la dynamique de parole et les demandes. Ce groupe engendre la rencontre, l'échange entre parents, entre parents et professionnels. En favorisant la parole (bien encadrée, elle a des effets libérateurs), les échanges permettent de « pouvoir se dire », mais aussi de partager le vécu et le ressenti[4].

Le partage aide à prendre de la distance, à alléger les angoisses, à ne pas se sentir seul tout en bénéficiant de l'expérience des autres et de trouver du soutien dans le témoignage d'autres personnes.

Les professionnelles, en binôme, assument un rôle de tiers médiateur et régulateur en laissant circuler spontanément la parole qu'elles canalisent pour qu'elle soit davantage soutien que souffrance. Le rôle des professionnelles dans ce groupe consiste simplement à offrir un cadre rassurant et contenant, ainsi qu'une écoute attentive.

Cette rencontre parents-professionnels en situation d'écoute et de parole « libre et ouverte » rassemble, en premier lieu, la parentalité autour du handicap ; elle vise l'intérêt de l'enfant « sujet et acteur », de façon à ce qu'il ne soit pas réduit à un handicap, surtout dans cette période de la vie où l'annonce du handicap est récente. Pour qu'« être handicapé » s'inscrive d'abord au niveau de l'être avant le handicap.

La psychologue est particulièrement attentive à la circulation de la parole entre les parents (écoute, partage du discours, relance, etc.) aidant à l'élaboration psychique, menant un travail progressif sur les ressentis et le vécu subjectifs des thématiques abordées.

Les objectifs

Le « café des parents » vise à mettre en place un temps d'accueil régulier pour les parents avec un objectif d'écoute, de réflexion et de libre échange, permettant également aux parents d'être acteurs du projet thérapeutique et institutionnel de leur enfant, tout en développant un nouveau lien avec l'institution, grâce à ce groupe qui n'induit pas de relation soignant-soigné, à l'écart de la position thérapeutique traditionnelle.

Cet espace de parole permet de mettre en lien ce que les parents éprouvent dans leur manière d'être avec leur enfant, dans leur vécu du handicap et, avant tout, de leur parentalité, dans un processus de reconnaissance et de compréhension mutuelle. En effet, après avoir constaté le vécu d'isolement des parents (confirmé, pour certains, par un réseau relationnel pauvre) et leur dévalorisation narcissique, il nous semble que le groupe, ce rassemblement collectif, peut avoir un effet renarcissisant par le mécanisme d'identification latérale. Le fait de trouver un « autre semblable » en qui se reconnaître, mais aussi échanger, permet à ces parents de panser mutuellement leurs failles, voire de reconstruire une parentalité psychique mise à mal par le handicap de leur enfant, qui ravive les angoisses de castration et de mort, mettant en danger le processus de parentalité et l'inscription de l'enfant dans la filiation.

Dans le cadre d'un dispositif de parole, l'accompagnement de ces parents par une équipe professionnelle favorise le processus « d'adoption » de ce bébé différent (Scelles, 2006).

→

Notes

2. Grimaud L., juin 2006, « Accueil café : éléments pour le suivi des parents d'enfants déficients visuels », exposé dans le cadre de l'association « Carrefour médiation », Toulouse.

3. Bardou E., *op. cit.*

4. Bardou E., *op. cit.*

→ La révélation du handicap constitue pour les parents un traumatisme psychique, source de détresse, d'angoisse, d'impuissance ou de culpabilité. Plusieurs mécanismes de défense [5] peuvent alors se rencontrer chez les parents :
• *La projection agressive :* les parents se protègent par des revendications agressives rendant l'entourage personnel ou professionnel responsable ou incompétent.
• *L'isolation :* les parents parlent du handicap ou de la pathologie avec un discours intellectualisé dénué de toute charge émotionnelle.
• *Le déni :* les parents nient totalement la réalité du handicap et ses retentissements.
• *La dénégation :* les parents récusent l'annonce ou le handicap de leur enfant, car une seule partie de la vérité peut être admise.
• *Le besoin de réparation :* s'exprime par des comportements visant à faire le maximum pour leur enfant handicapé, permettant de contenir le sentiment de culpabilité.
• *La surprotection :* en lien avec la culpabilité ressentie par les parents, la surprotection va souvent de pair avec le besoin de réparation.
• *La maîtrise :* rationalisation (recherche de compréhension du handicap), rites obsessionnels (idées fixes, hypervigilance, surveillance permanente...) ou bien surmédicalisation du handicap.
• *Le déplacement :* les parents déplacent l'émotion qui a été canalisée sur un autre problème.

Synthèse

Ces groupes de parole auprès de parents, au-delà des objectifs d'expression, d'identification et d'élaboration, ont permis une évolution au niveau de deux axes principaux :
• le lien entre les parents et les professionnels : dans la mesure où le savoir technique des professionnels et la position parentale projetée par les professionnels ne menacent pas la construction psychique de la parentalité ;
• sur le plan institutionnel : ces groupes ont été facteur d'amélioration du lien parents-enfants-établissement.

DISCUSSION

L'expérience nous montre que ces groupes de parole ont un effet apaisant et structurant pour les fratries et les parents. La situation groupale entre parents ou fratries d'enfants handicapés facilite un échange libre autour de situations vécues par d'autres personnes qui comprennent et ouvrent le cheminement de la réflexion.
Cet ensemble de dispositifs d'accompagnement de la famille permet de souligner que les parents et la fratrie ont besoin d'une aide où l'« humain » du professionnel est sollicité. Elle nécessite de se décaler suffisamment des positions d'expertises de « soignant » et d'identifier les mécanismes de défense des parents, mais aussi les défenses du côté des professionnels tout en tenant compte des enjeux institutionnels.
Il est important d'indiquer que les groupes de parole doivent être reconnus à la fois par l'institution et par les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Ils permettent de présenter et de faire exister ces dispositifs auprès des parents, d'induire des résonances bienveillantes et sécurisantes (notamment à partir des différents transferts), et favorisent également la création des « prolongements thérapeutiques » autour de ces groupes de parole (ateliers éducatifs, créatifs etc.)
Enfin, même si l'objectif de départ n'est pas thérapeutique, nous pouvons observer des effets thérapeutiques induits par ces dispositifs de parole, au sens winnicottien du terme, c'est-à-dire qui ne visent pas une guérison (car les indications pour ces groupes de parents et de fratrie ne reposent pas sur des pathologies), mais qui visent un mieux-être, un soutien.

Bibliographie

Bardou E., 2012, « Groupe de parole pour les frères et soeurs d'enfants en situation de handicap, *Perspectives sanitaires et sociales, n° 221 :* 68.

Brusset B., 1981, « Transfert fraternel et groupe », *Frères et soeurs,* sous la direction de Soulé M., Paris, Esf.

Gardou C., 2005, « Le handicap en visages 3 », *Frères et sœurs de personnes handicapées,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Scelles R., 2006, « Devenir parent d'un enfant handicapé. Une affaire d'homme, de femme, de couple, d'enfant et de société », *Caisse nationale des allocations familiales, Informations sociales, vol. 4, n° 132.*

Scelles R., Bouteyre E., Dayan C., Picon I., 2007, « Groupes fratries d'enfants ayant un frère ou une sœur handicapé(e) », *Revue francophone de la déficience intellectuelle, 18 :* 32-44.

Scelles R., 2010, *Liens fraternels et handicap : de l'enfance à l'âge adulte, souffrances et ressources,* Ramonville-Saint-Agne, Érès.

Wintgens A., Hayez J.-Y., 2003, « Le vécu de la fratrie d'un enfant souffrant de handicap mental ou de troubles autistiques », *Revue neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 51 :* 377-384.

Note

5. « L'annonce en périnatalité », septembre 2008, Communauté périnatale de l'agglomération versaillaise, *http://www.medical78.com/nat_protocole_annonce.pdf*

La prison *Bling Ring*



Un critique musicale disait que les interprétations de Bach faites par Glenn Gould témoignaient non seulement d'une connaissance approfondie de l'œuvre, mais elles nous laissaient entrevoir la relation que ce pianiste canadien entretenait avec Bach, une relation d'appropriation, voire d'identification. Cette relation permettait à Gould de transformer les partitions de Bach dans l'expression de sa cartographie intime. Cela lui permettait de parcourir chaque ruelle, chaque pont, chaque jardin de la partition les yeux fermés, en nous montrant des aspects de la « ville Bach » que les touristes n'auraient jamais pu découvrir s'ils avaient été livrés à eux-mêmes. Des aspects de la ville qui devenaient visibles grâce à Gould. En d'autres termes, Gould était le traducteur de Bach, si l'on pense à la notion de traduction proposée par Walter Benjamin, où le texte traduit emprunte le chemin du texte original et poursuit la route que l'auteur avait tracée avec son texte. Le traducteur se met ainsi dans les pas de l'auteur et nous offre des chemins insoupçonnés de son œuvre.

Pourrait-on dire alors que la relation de Sofia Coppola à une certaine jeunesse américaine est de cet ordre ? Elle entre dans cette ville qu'elle connaît comme sa poche, et nous promène à travers des rues inconnues, des rues qui prennent forme au moment même où elle nous les montre.
Elle entre dans cette « ville Jeunesse » de la même manière que les adolescents du film entrent dans les maisons des célébrités… et je démarre le pitch de *The Bling Ring*, le dernier *opus* de Sophia Coppola, inspiré d'un article paru dans *Vanity Fair :* il s'agit d'un groupe d'adolescents des quartiers aisés de Los Angeles, Rebecca, Marc, Nicki, Sam et Chloe, captivés par le monde des paillettes. Ils constituent le *Bling Ring*, une bande qui, pendant près d'un an, se consacre à dévaliser les maisons des « *people* » (grâce à Internet, ils suivent la trace des propriétaires et savent lorsqu'ils doivent s'absenter). Ils entrent facilement – clés sous le paillasson, fenêtres entr'ouvertes –, ils volent des bijoux, des parfums, des chaussures, ils volent des « marques » portées par leurs stars préférées, la vie par métonymie, ils reviennent même sur certains lieux, la maison de Paris Hilton sera cambriolée à plusieurs reprises (la nature a horreur du vide, la maison de Paris Hilton aussi), ils dépensent sans compter, ne font pas attention, vont en boîte de nuit, dansent, n'ont pas de vie sexuelle (les émois du sexuel semblent neutralisés par l'excitation du vide), se maquillent sans cesse, racontent leurs exploits sur *Facebook*… Une vie hors vie, quelque peu déréalisante où rien ne peut leur arriver, rien ne peut les arrêter, rien ne semble venir faire limite, différence, discernement de territoires, les parents non seulement n'aident pas, mais semblent aussi perdus que leur enfants, noyés dans une idéologie confuse, inspirée du *New Age* et de *Born Again Christian.* La répétition s'installe (les vols, les discothèques, les chaussures et les parfums) jusqu'au jour où ils sont pris, ils sont surpris, étonnés de ce premier contact entre leur monde et le nôtre.

La critique est partagée : soit elle fait l'éloge du film en tant que portrait désenchanté d'une jeunesse désœuvrée, en mettant surtout en avant les mérites « sociologiques » de la cinéaste ; soit elle le maltraite, en affirmant qu'il ne s'adresse qu'à des riches en mal de vivre, et que, du coup, le spectateur s'ennuie en regardant un monde glacé comme une étoile morte.

Je crois qu'il y a un malentendu avec l'œuvre de Sofia Coppola. S'il est vrai que la cinéaste explore finement, dans *Bling Ring*, le monde de l'adolescence, l'intérêt de ce film déborde amplement les territoires de la lecture sociologique. Une hypothèse : il nous dévoile un mode de fonctionnement psychique, un labyrinthe mental qui prend l'adolescence comme support cinématographique, mais qui est présent en chacun de nous, comme menace, comme tentation. Ce film est un lieu de retrouvailles avec notre propre fonctionnement, celui qu'on a dû traverser à un moment et qui pourtant est là – oublions la linéarité – et qui se trouve ranimé pendant quelques heures… magie de la régression au cinéma. Le monde s'adaptait à nos désirs et devenait le lieu de nos satisfactions. La persistance et l'hégémonie de ce mode de fonctionnement pendant l'adolescence fait que les membres de la bande apparaissent *déréglés*, perdus dans le monde des jouissances… devrais-je dire de la « jouissance féminine » ? En effet, les membres de la bande, à l'exception de Sam, dont le statut y reste ambigu, ne sont que des filles. D'ailleurs, le même thème est abordé par Harmony Korine dans son dernier film, *Spring Breakers*, mais de façon plus classique, avec une violence plus immédiate. Ici la jouissance est triste, discrète au milieu des marques.

Miguel de Azambuja

Quand Julie fait son cinéma : le couple, un choc de cultures



Aux dernières nouvelles, le « DSM-combien déjà ? » serait jugé trop cool, pas assez biologique et donc scientifique par le prestigieux National Institute of Mental Health. Alors, heureusement, pour passer l'été plus légèrement, il y a Julie. Julie Delpy et son cinéma foutraque et si typiquement *frenchy*, fondé sur une tentative de vivre dans le chaos, qu'il relève de la vie quotidienne d'une famille recomposée ou de la mise en image de l'intime, littéralement mis à nu.

Dans ses films, en tant qu'actrice puis réalisatrice, elle ne scrute pas seulement la complexité des relations de couple et ses inévitables conflits ; son dernier *opus, 2 Days in New York*, voit la belle-famille française débarquer chez le couple franco-américain (Julie et son compagnon joué par l'excellent Chris Rock). Et cette part de l'autre qu'on ne choisit pas pèse de tout son poids : un père fantaisiste qui se fait arrêter à la douane pour une quantité démesurée de saucissons et de fromages cachés jusque dans son slip, la sœur délurée traînant comme un boulet un vague petit copain pique-assiette et désœuvré, tel un éternel adolescent qui aurait mal fini. Ce choc des cultures n'est pas sans rappeler Tarzan – incarné dans les premiers films par un ancien champion de natation, Johnny Weissmuller – débarquant dans la grosse pomme, perdu dans un monde inconnu, désaffilié de son univers. Ici, ce choc des cultures organise les tensions : les caricatures de franchouillards imaginant qu'on peut trouver de la marijuana n'importe où, et surtout en s'adressant à un Noir, ce dernier ayant, de surcroît, davantage le sens du rythme, donnent lieu à des scènes hilarantes face à la mine aussi désabusée que stupéfaite de Chris Rock, découvrant, comme Tarzan, un monde insoupçonnable.

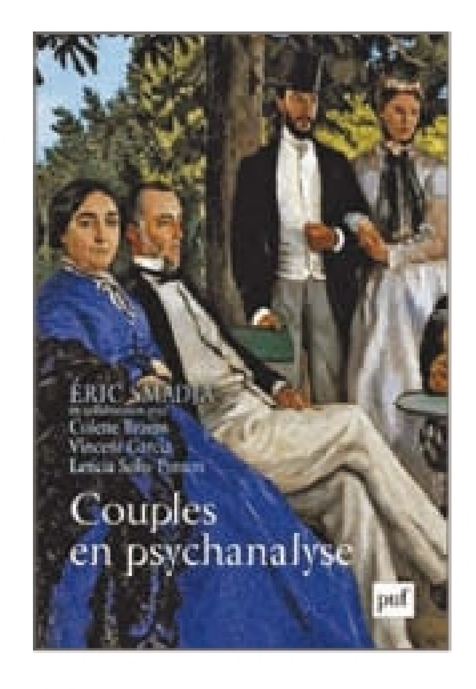
Julie Delpy, elle, est à la fois dépassée et au front, pleine de vie et de chair, semblant jouer son propre rôle à chaque film qu'elle réalise. Cette veine autobiographique ne vise en rien à toucher à la perfection du cinéma d'un Stanley Kubrick ou d'un Jacques Audiard, mais plutôt à restituer le désordre de nos vies, aussi bien planifiées soient-elles sur le plan externe. Ainsi l'exposition de photos de ses ex-compagnons est-elle associée au projet artistiquement loufoque – mais tellement moderne ? – de vendre son âme, entre 5 000 € et 10 000 €, selon le moment de la négociation avec son agent artistique… Dans ces tourments permanents, des émotions débordantes surviennent à tout moment, nous rappelant à quel point nous ne sommes pas maîtres en notre demeure.

La relation de couple apparaît comme le fil – le fiel ? – directeur de ce cinéma déplié sur fond d'exception culturelle, montrant la famille dans tous ses états. Comment saisir ce qui permet à un couple de survivre au temps, à l'usure, à la routine, à l'étouffement, à l'envie d'un ailleurs toujours fantasmé, plus enviable ? Comment, tout simplement, supporter ce dont l'autre est porteur, la violence de sa propre histoire familiale et de ses héritages ? Comment accepter cette origine, la famille de l'autre, alors qu'elle est à l'opposé de ses propres idéaux, de ses désirs d'une famille parfaite ? Sur le visage du compagnon-témoin se lit ainsi la stupéfaction, lorsque l'image de sa compagne est bousculée, quand les deux sœurs finissent par se crêper le chignon, devant tous, dans la continuité de leur enfance. Horreur… elle porte aussi ça en elle !

Ce choc initial des cultures, française et américaine, vient représenter le choc d'un couple : Julie passe son temps à donner des coups de pied dans la fourmilière, comme une façon de s'adresser à son public en toute impudeur – même si la sexualité n'est pas tant montrée que parlée –, sans tentative de rationaliser ; elle nous permet d'envisager que ce n'est pas tant son film, mais la vie qui ressemble à des montagnes russes, sans expliquer pourquoi ça bascule, dans la maladie ou la mort, la joie ou le plaisir. Les sédiments du couple – Chris Rock l'interroge en parlant avec son double imaginaire représenté par une incarnation de plain-pied en carton de… Barack Obama – apparaissent pourtant : la force du lien, la carte du tendre, ainsi que le sexe et ses variations, autant de potentialités de relance d'une relation toujours fragile, jamais garantie. Ainsi émerge l'idée qui traverse le film : la relation de couple est un choc de cultures, choc aux effets traumatiques potentiels à remettre en mouvement pour éviter l'inéluctable de la rupture. Autrement dit, la rencontre de deux subjectivités est un choc de culture sexuelle : la différence des sexes n'est-elle pas un choc radical par la coupure avec l'autre qu'elle provoque ?

Voilà quelque chose qui ne figurera jamais dans des manuels de psychiatrie, mais toujours dans nos vies, la vraie vie. Comme un ultime défi à relever, le couple, hétéro ou homosexuel, serait alors la dernière aventure humaine à (re-)découvrir, une fois débarrassé des oripeaux de la morale sociale, et donc à inventer sans cesse. ◗

Florian Houssier



Puf, 2013
150 p., 14 €
ISBN : 978-2-13-061779-2

Couples en psychanalyse

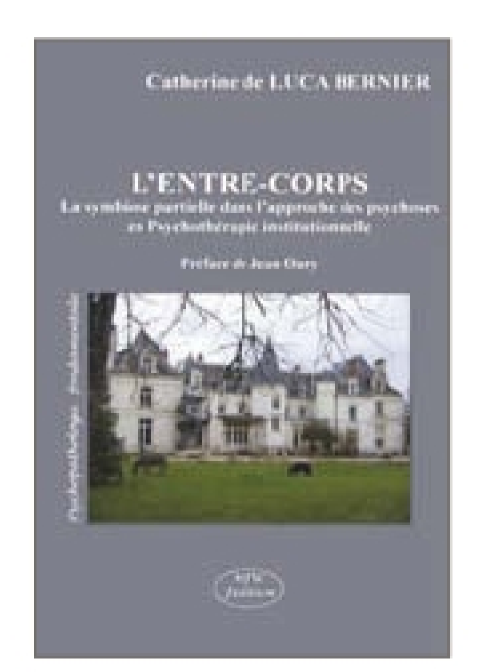
Éric Smadja en collaboration avec Colette Braem, Vincent Garcia, Leticia Solis-Ponton

La problématique du couple poursuit Éric Smadja depuis plusieurs années, et c'est dans la continuité du *Couple et son histoire* qu'il nous offre cet ouvrage qui aborde, disons plus directement, la question du couple aujourd'hui, en se focalisant sur l'analyse clinique des couples représentatifs de la complexité de cette réalité « corporelle-sexuelle », complexité démontrée à la fois par l'investissement réciproque de courants sexuels et affectifs, de représentations de l'autre, de mouvements imaginaires et identificatoires. D'une certaine manière, le couple est un terrain idéal pour démontrer le fonctionnement d'un appareil psychique groupal dans la lignée de René Kaës. Néanmoins, Éric Smadja et les analystes qui collaborent à cet ouvrage ont pour objectif de déployer ce qui est à l'œuvre dans la thérapie de couple, là où s'exprime une souffrance réelle, mais aussi un espoir de changement pour chacun des protagonistes, et aussi pour que la conjugalité à l'œuvre dans le couple puisse se poursuivre au-delà de sa réalité sociale. Ce que Éric Smadja soutient avec la notion de travail de couple, illustrant ainsi l'investissement de chacun des partenaires selon des modalités multiples.

Comme dans le hors-série qu'il a dirigé pour notre revue *, Éric Smadja s'attache à aborder des histoires de couple avec ses problématiques ordinaires et ses moments critiques, mais aussi à partir de questions vives et actuelles, comme celle de l'extraconjugalité ou encore la question si préoccupante aujourd'hui des violences conjugales. Le couple contemporain est agi par un certain nombre de déterminants dont l'analyste témoigne, tout en étant déterminé par l'évolution de la société, la difficulté à s'inscrire dans la durée, les exigences et les difficultés matérielles et sociales. Pourtant, il semble que chacun attende beaucoup du couple, actuellement, malgré sa fragilité, ce dont témoignent la multiplication des aides conjugales, ainsi que l'approche exigeante mais éminemment féconde de la psychanalyse de couple. ◗

* Voir « Le couple. Histoires, destins et conflits », hors-série du *Journal des psychologues* paru en juillet-août 2012.

Patrick Conrath



MJW Fédition
304 p., 25 €
ISBN : 979-10-90590-12-0

L'entre-corps
La symbiose partielle dans l'approche des psychoses en Psychothérapie institutionnelle

Catherine de Luca Bernier

En tout premier lieu, l'ouvrage est une plongée au cœur de la clinique de La Borde, haut lieu de la psychothérapie institutionnelle sous la guidance de Jean Oury depuis 1953. Une invitation lancée par Catherine de Luca Bernier à y pénétrer et à éprouver son organisation – comme elle l'a elle-même éprouvée lorsque, avec l'accord de Jean Oury, elle y a effectué un premier stage –, partageant son expérience, ses rencontres, ses ressentis, dans ses relations aux pensionnaires, les adultes psychotiques dont c'est le lieu de vie.

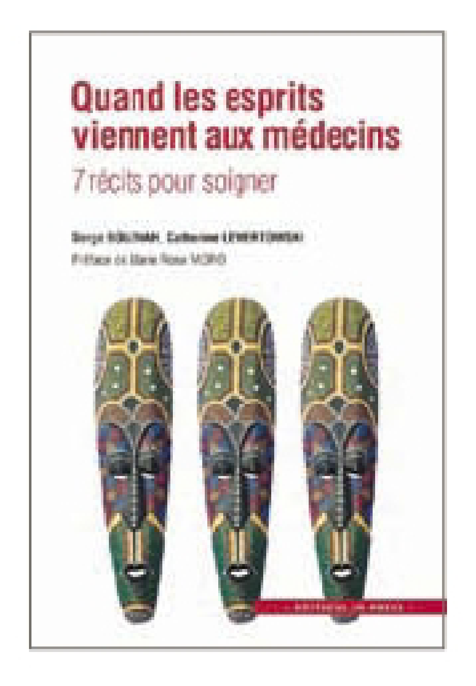
Tout le fonctionnement et les réflexions qui l'ont sous-tendu nous sont explicités. De l'accueil de la personne pour envisager l'admission, les engagements pris, la description de la place et du rôle de chacun au sein de l'institution, soignants – moniteurs –, comme adultes résidants et aussi potentiellement cosoignants, à l'entrée dans une chambre ou la participation aux activités domestiques, etc., tout est décrit avec précision et transparence des ressentis éprouvés par l'auteur, dans sa découverte du lieu et de sa dynamique, au point de nous y projeter nous-mêmes comme si nous pouvions coressentir ce qui résulterait de notre présence en lieu et place de Catherine de Luca Bernier.

Mais aussi avec la richesse de ses interprétations *a posteriori* qui éclairent et donnent un sens particulièrement marquant à toutes ces sensations inhérentes à une relation contre-transférentielle avec la personne psychotique, dès lors qu'elle s'établit avec un sujet considéré comme désirant, et dans une posture du soignant empreinte d'une « réceptivité naïve » comme la suggérait François Tosquelles. Cette apparente neutralité qui n'équivaut pas pour autant à un désir de retrait du soignant de la relation et de son impact ; au contraire, cette posture d'ouverture sans préconçu est propice à accueillir les identifications projectives et à laisser se constituer un espace transitionnel.

Une fois le cadre posé, et c'est bien de cadre qu'il s'agit, un cadre institutionnel à même de pouvoir constituer le tiers dans la relation psychothérapeutique, l'auteur déploie les conceptualisations qu'elle a pu nourrir de ses expériences et qui sont venues les éclairer en retour. Elle illustre et explicite, notamment, le processus de symbiose partielle, initialement repéré par Ginette Michaud, et qu'elle a revisité et développé, et l'importance qu'il revêt en servant de support à l'élaboration par le thérapeute de la relation avec le patient et comme amorce d'un processus de symbolisation.

Entremêlant les récits cliniques, la description du dispositif institutionnel et l'importance de l'analyse permanente qui en est faite, et l'analyse des diverses traductions de l'expression de la psychose et des modalités transférentielles qui en découlent, inscrites dans le lieu du corps du soignant et à l'origine de perceptions parfois troublantes, cet ouvrage, d'une richesse épurée de toute posture dogmatique, s'offre à lire comme une restitution fidèle de ce partage d'expériences vécu au sein de La Borde par l'auteur. Livré ici comme un hommage et une reconnaissance de dette. ◗

Delphine Goetgheluck



In Press, 2013
230 p., 19 €
ISBN : 978-2-84835-252-7

Quand les esprits viennent aux médecins

Serge Bouznah, Catherine Lewentowski

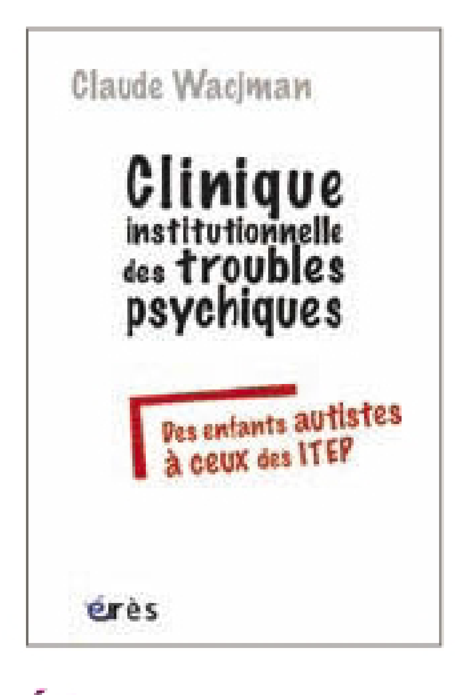
Serge Bouznah et Catherine Lewentowski, tous deux médecins, proposent une œuvre constituée de « 7 récits », manifestant une maîtrise des registres de l'anthropologie, de la psychologie clinique et de l'ethnopsychiatrie. Les références, notamment à Georges Devereux et Tobie Nathan, éclairent leurs pratiques novatrices fondées sur une prise de distance à l'égard de l'objectivation excessive de la maladie opérée par la médecine moderne, et encline à écarter plus ou moins le patient de la responsabilité de sa guérison du fait de la sophistication toujours plus poussée des soins et des traitements. À l'opposé, les auteurs adoptent comme principe de base la nécessaire parité de statut entre le médecin et le malade, tous deux coresponsables de la prise en charge du traitement des dysfonctionnements mentaux ou physiques.

Sans conteste, ces récits invitent à jeter un regard plus lucide sur beaucoup d'attitudes et de comportements dans nos sociétés européennes qui ne reflètent souvent qu'une stylisation ou « laïcisation » de comportements marqués du sceau de la magie, de la superstition, de l'angoisse... observables dans toutes les collectivités humaines.

Ce qui est aussi frappant à la lecture de cet ouvrage, c'est la constance avec laquelle les auteurs réitèrent leur philosophie et leur volonté d'être des « *passeurs de frontières* » entre des mondes culturels et des systèmes de pensée hétérogènes. Ce décloisonnement représente évidemment une dimension, un aspect fondamental, de la médiation interculturelle entendue dans le sens le plus large.

La préfacière, Marie Rose Moro, a indéniablement raison d'écrire qu'à travers ce plaidoyer, « *ce sont les paroles des patients que l'on croit entendre dans leurs langues maternelles, leurs musiques, leurs croyances...* » et aussi, souligne-t-elle par ailleurs, leur créativité dans le processus thérapeutique, à mon avis contagieuse pour les soignants et les praticiens.

Claude Tapia



Érès, 2013
300 p., 25 €
ISBN : 978-2-7492-3794-7

Clinique institutionnelle des troubles psychiques

Des enfants autistes à ceux des ITEP

Claude Wacjman

« [...] *On voit comme les représentations expriment des jugements péremptoires, des injonctions de redressement, justifiés par des événements sociaux qu'il s'agit de maîtriser politiquement.* » Et voici comment la souffrance psychique d'enfants et d'adolescents autistes est prise en otage par la loi 2002-2, qui fait fi du travail des psychologues, psychiatres et psychanalystes. Le destin de ces jeunes étant, par cette loi sans espoir, une intervention à vocation soignante s'avère, dès lors, inutile. Claude Wacjman, ancien éducateur spécialisé et directeur d'établissement, psychologue et docteur en anthropologie, dénonce, dans cet ouvrage, cette tendance à substituer les démarches cliniques par le dressage, le gardiennage et des mesures quantitatives.



Érès, 2013
245 p., 23 €
ISBN : 978-2-74923698-8

Clinique et management : rupture ou transition ?

Sous la direction de Lin Grimaud, Alain Jouve et Paule Sanchou

« *L'imaginaire techno-rassurant du management* » pourrait-il articuler un rapprochement de l'univers de la clinique propre au champ social ? Praticiens, directeurs, gestionnaires, chercheurs, dressent ici un paysage de leurs pratiques historiquement parallèles, mais dont les transformations corrélatives pourraient être au bénéfice des usagers. Les lignes d'opposition sont nombreuses, certes, à commencer par la gestion économique de la pratique managériale difficilement compatible avec la mission humaniste de la prise en charge clinique. Mais « [...] *nous faisons le pari d'une clinique qui pourrait donner sens au management comme d'une gestion qui pourrait soutenir la clinique* » en disent les trois professionnels à l'origine de cette réflexion croisée.

DANS LA SUITE DU DOSSIER



Petite enfance, penser la prévention en grand

Pierre Suesser

Érès, 2013
156 p., 12,50 €
ISBN : 978-2-7492-3800-5

Le dossier de ce mois invite à penser l'accompagnement des premières relations à l'enfant, embryon / fœtus / bébé, dans une attention et une mise en sens propre à permettre à chacun de trouver sa place et à s'approprier au mieux son histoire. Nous avons voulu ce dossier militant en ce qu'il propose une approche de l'intervention des professionnels qui pourrait constituer un maillon d'une nouvelle forme de prévention – autre que celle qui transparaissait récemment encore dans les divers plans – : une prévention prévenante. L'ouvrage de Pierre Suesser, un des fondateurs du mouvement Pasde0deConduite, est aussi un appel à penser ici, au-delà de la périnatalité, de manière plus lucide, la situation actuelle de la petite enfance en France et la difficulté des acteurs dans le contexte actuel social et politique. Il invite à faire face aux enjeux soulevés par l'éducation, la santé, l'accompagnement des enfants vers l'âge adulte. De sa place de pédiatre exerçant en PMI, il évalue les défis à relever, qu'ils soient politiques, sociologiques, juridiques, médicaux, ou avant cela et en toile de fond, humanistes. Défis à relever pour que chacun des acteurs et des professionnels puisse se saisir de cette proposition d'« alterprévention », c'est-à-dire prenant en compte l'altérité, dans une optique de secours et de soutien et hors les écueils habituels du domaine, le déterminisme et la prédiction.

Pour envisager ce type de prévention – et d'action pluridisciplinaire –, cela signifie bien sûr et en premier lieu de connaître au mieux le public auquel elle s'adresse et ses problématiques. Ici, deux autres ouvrages dont les titres évocateurs n'ont pas besoin d'être expliqués, et dont les sujets, s'ils paraissent connus, n'en sont pas moins toujours au cœur des problématiques rencontrées : la relation à la mère et sa participation à la construction du sujet ; et le complexe fraternel et la place occupée dans la fratrie tout autant structurellement fondamentale.

Dans *Toutes les mères sont folles*, Claudia Fliess écrit pour étayer le titre de son livre « *Le tableau que je dresse ici a de quoi faire frémir : mères surprotectrices, incestuelles, castratrices, jalouses...* ». Les cas cliniques qu'elle déploie, s'ils paraissent extrêmes, sont en réalité l'illustration de la complexité du devenir mère et de l'établissement de ce lien à l'enfant. La maternité et sa cohorte de fantasmes et reviviscences signent un véritable bouleversement psychique et peuvent être révélatrices de névroses dormantes.

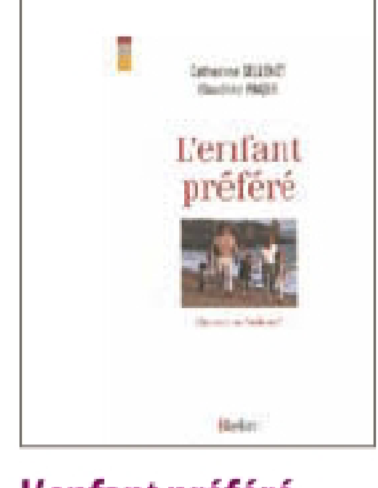
L'enfant préféré est issu d'une véritable recherche menée à la fois à partir d'une étude de la littérature et à travers l'analyse de cinquante-cinq entretiens d'hommes et de femmes portant sur leur fratrie, leur famille, la place qu'ils y ont tenue et les affects qui y ont été liés. Y a-t-il réellement des enfants « préférés » au-delà du fantasme que chaque enfant peut avoir au cœur de toute fratrie ? Certains parents mettent en scène ce type de dynamique familiale parfois à leur insu, parfois tout à fait consciemment – et l'on retrouve les phénomènes de « petit dernier » –, ou aussi de manière tout à fait pathologique. Mais comme le disent les auteurs : « *Toute préférence parentale met à mal l'estime de soi de chaque enfant, la partie narcissique de son être.* » L'enfant se trouve finalement victime de cet amour ravageur qui pèsera fortement sur sa construction psychique et ses relations aux autres au point parfois de les entraver. ◗



Toutes les mères sont folles

Claudia Fliess

Éditions du Moment, 2013
221., 16,95 €
ISBN : 978-2-35417-164-3



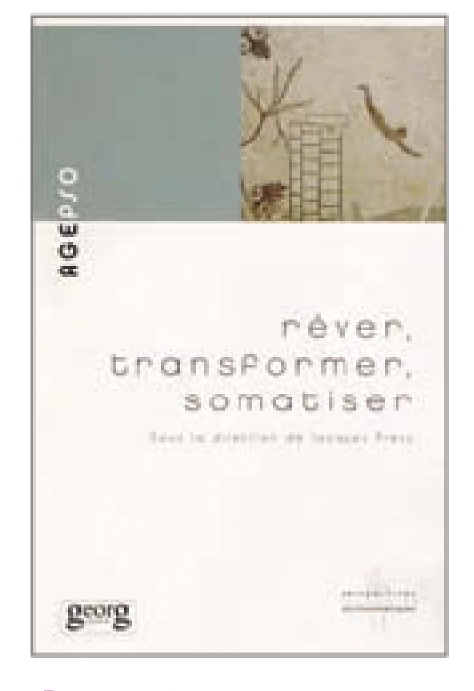
L'enfant préféré Chance ou fardeau ?

Catherine Sellenet et Claudine Paque

Belin, 2013
235 p., 19,50 €
ISBN : 978-2-7011-7559-1

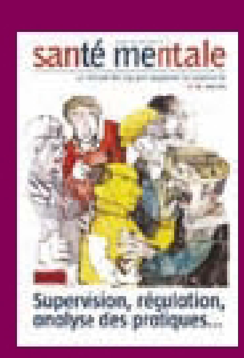
Rêver, transformer, somatiser

Sous la direction de Jacques Press



Georg, 2013
210 p., 24 €
ISBN : 978-2-8257-1007-4

Pour étudier les représentations psychiques et la manière dont elles trouvent à se dévoiler, Jacques Press a réuni au sein de cette monographie de psychosomatique des auteurs « *d'orientations différentes pour oser "comparer l'incomparable"* ». Si elles enrichissent nos rêves, elles sont à l'origine de l'apparition de phénomènes de somatisation si un travail psychique d'élaboration n'est pas engagé. Des théories sont ici confrontées, certains privilégient le travail psychanalytique en séance, d'autres articulent des concepts psychanalytiques et neuroscientifiques pour cerner leurs points de convergence et de divergence. Pour Jacques Press, « *l'inoubliable doit trouver un lieu psychique, et la maladie somatique apparaît souvent à la place de ce lieu psychique qui n'a pu se constituer* ». ◗



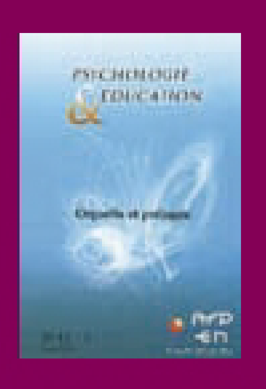
Santé mentale

Dossier « Supervision, régulation, analyse des pratiques »

Si certaines équipes soignantes peinent parfois à différencier les outils qui leur sont proposés en matière de supervision, régulation et analyse des pratiques, ce numéro est fait pour elles ! Chacun y trouvera alors des éléments de compréhension pour mieux cerner ce que sont la supervision clinique, la fonction de superviseur, l'analyse de la pratique, le groupe Balint ou encore les groupes d'analyse clinique...

Avec les contributions de L. Hecktor, N. Gougoulis, L. Ledig, C. Henri-Ménassé, S. Cohen-Léon...

Acte Presse, 2013, *178* / 89 p.,15 € / ISSN : 1273-7208



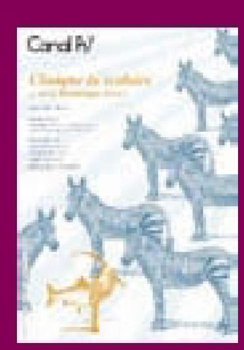
Psychologie & éducation

Dossier « Orgueils et préjugés »

L'humiliation serait un moyen de faire progresser l'élève... Les garçons seraient plus doués en mathématiques que les filles... Les enfants qui seraient en difficulté dans l'apprentissage de la langue écrite auraient eu des difficultés dans leur accès à la langue orale... autant de préjugés qui ont fait l'objet de recherches ou d'analyses de situation et qui ouvrent ici la voie d'une réflexion plus large sur l'éthique de la position pédagogique.

Avec les contributions de A. Lecigne, N. Assandé Gilbert, A. Noble, A.-M. Koch et J.-P. Fischer.

AFPEN, 2013, *1* / 98 p., 20 € / ISSN : 1148-9502



Canal Psy

Dossier « Clinique du scolaire... avec Dominique Ginet »

Le 8 janvier 2011, l'université Lumière-Lyon-2 consacrait une journée d'étude en hommage aux travaux de Dominique Ginet. Après une première publication sur la « Clinique de la formation », les présentes contributions reprennent la substance des échanges qui se sont tenus sur l'approche clinique du scolaire, qui était une constante de ses préoccupations.

Avec les contributions de J.-M. Besse, C. Blanchard-Laville, J.-P. Durif-Varembont, D. Mellier, M. Griffon...

Canal Psy, 2013, *103* / 27 p., 5 € / ISSN : 1253-9392



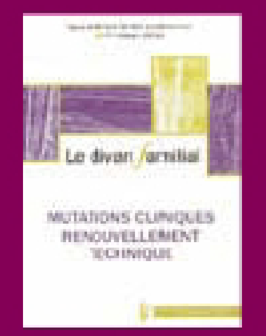
La Revue lacanienne

Dossier « L'autisme »

S'inscrivant dans un contexte marqué par les nouvelles recommandations de la Haute autorité de santé qui ne font pas la part belle à la prise en charge psychanalytique des enfants présentant un autisme, ce numéro militant présente des contributions de spécialistes reconnus qui s'inscrivent en faux contre cette politique de santé mentale et tentent de reposer « quelques vérités issues de l'histoire et de l'expérience », à l'instar du titre de la contribution de H. Bentata.

Avec les contibutions de C. Melman, P. Delion, B. Golse, J. Jerkov, M.-C. Laznik...

Érès, 2013, *14* / 264 p., 26 € / ISBN : 978-2-7492-3636-0



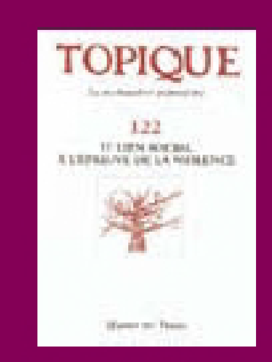
Le Divan familial

Dossier « Mutations cliniques, renouvellement technique »

Ce 30e recueil fête les quinze ans de la revue de thérapie familiale psychanalytique initiée par Alberto Eiguer et Evelyn Granjon. Si la volonté était alors de proposer des dispositifs innovants, le présent numéro poursuit cette ligne éditoriale en présentant des cadres d'exercice non conventionnels pour répondre aux mutations cliniques auxquelles le praticien se trouve confronté, que ce soit, comme ici, dans le cadre de la protection de l'enfance, face à des adolescents qui frappent leurs parents ou à des familles composées par l'adoption internationale...

Avec les contributions de A. Eiguer, D. Lefebvre et M. Stephanoff, L. Barrer et G. Gimenez, R. Durastante et C. Joubert...

In Press, 2013, *30* / 162 p., 23,40 € / ISBN : 978-2-8483-5256-5



Topique

Dossier « Le lien social à l'épreuve de la violence »

« *Le lien social ne se décrète pas.* » Et les thématiques réunies dans ce numéro, qui traitent de la revendication de la langue nationale, de la transmission de l'identité culturelle face aux idéaux cosmopolites ou encore des modes de relations dans le monde contemporain comme on peut les observer à travers les réseaux sociaux, offrent quelques pistes sur ce que peuvent être les causes qui mettent à mal le lien social et ainsi mesurer l'impact du politique sur la psyché individuelle.

Avec les contributions de S. de Mijolla-Mellor et S. Levy, J. Bordet, L. Kayaalp, G. Stephanatos, C. Thibaudeau...

L'Esprit du Temps, 2013, *122* / 174 p., 23,50 €
ISBN : 978-2-84795-264-3

ET AUSSI...

L'information psychiatrique
John Libbey Eurotext, 2013, *89*
64 p., NC
ISSN : 0020-0204

L'année psychanalytique internationale 2013
Dossier « L'actualité de la psychanalyse dans le monde »
In Press, 2013, *1*
244 p., NC
ISBN : 978-2-8483-5261-9

Libres cahiers pour la psychanalyse
Dossier « En deçà des mots »
In Press, 2013, *27*
220 p., 20 €
ISBN : 978-2-84835-255-8

PETITE ANNONCE

Vends WISC-IV état neuf.
Prix d'achat : 1 167 €,
prix de vente : 600 €
Tél. : 06 14 54 68 87

OFFRES D'EMPLOI

**> ANGERS (49) – TOULOUSE (31)
PAU (64) – VANNES (56)**

PARRAINS PAR MILLE (parrainage d'enfants en France) recherche pour ses antennes d'Angers, Toulouse, Pau et Vannes **des psychologues clinicien(ne)s bénévoles** expérimenté(e)s pour assurer des entretiens auprès des familles et des futurs parrains-marraines.

- ***Contact Angers***
Sandrine Bechu : 06 61 62 96 58
- ***Contact Toulouse***
Sophie Menvielle : 06 63 02 20 43
- ***Contact Pau***
Danièle Pivetta : 06 21 99 72 06
- ***Contact Vannes***
Martine Jacquet : 06 42 31 11 34

> PARIS (75009)

Présent en France et en Europe, **le cabinet PSYA, spécialisé dans la gestion et la prévention des risques psychosociaux** depuis 1997, intervient auprès de grandes entreprises de tous secteurs pour promouvoir la santé et la qualité de vie au travail.

Dans le cadre d'un fort développement, nous recherchons **un psychologue clinicien (H/F) TCC** pour rejoindre notre équipe de 45 intervenants opérationnels sur notre siège parisien.

Missions : Au sein du département opérationnel, vous interviendrez sur différentes missions d'accompagnement et de soutien psychologique auprès de nos bénéficiaires (salariés et assurés) :

- Au sein de notre centre d'écoute psychologique (accessible par téléphone 24 h/ 24 h et 7 j/7 j) selon des plages définies.
- Sur les sites de nos entreprises clientes auprès des collaborateurs et de son encadrement, à la suite d'événements potentiellement traumatiques ou dans un contexte de changement organisationnel (réorganisation, restructuration, PSE).

Vous animerez ponctuellement des sessions de sensibilisation ou de formation sur des thématiques ciblées (RPS, addictions, épuisement professionnel, stress posttraumatique, changement...).

Profil :

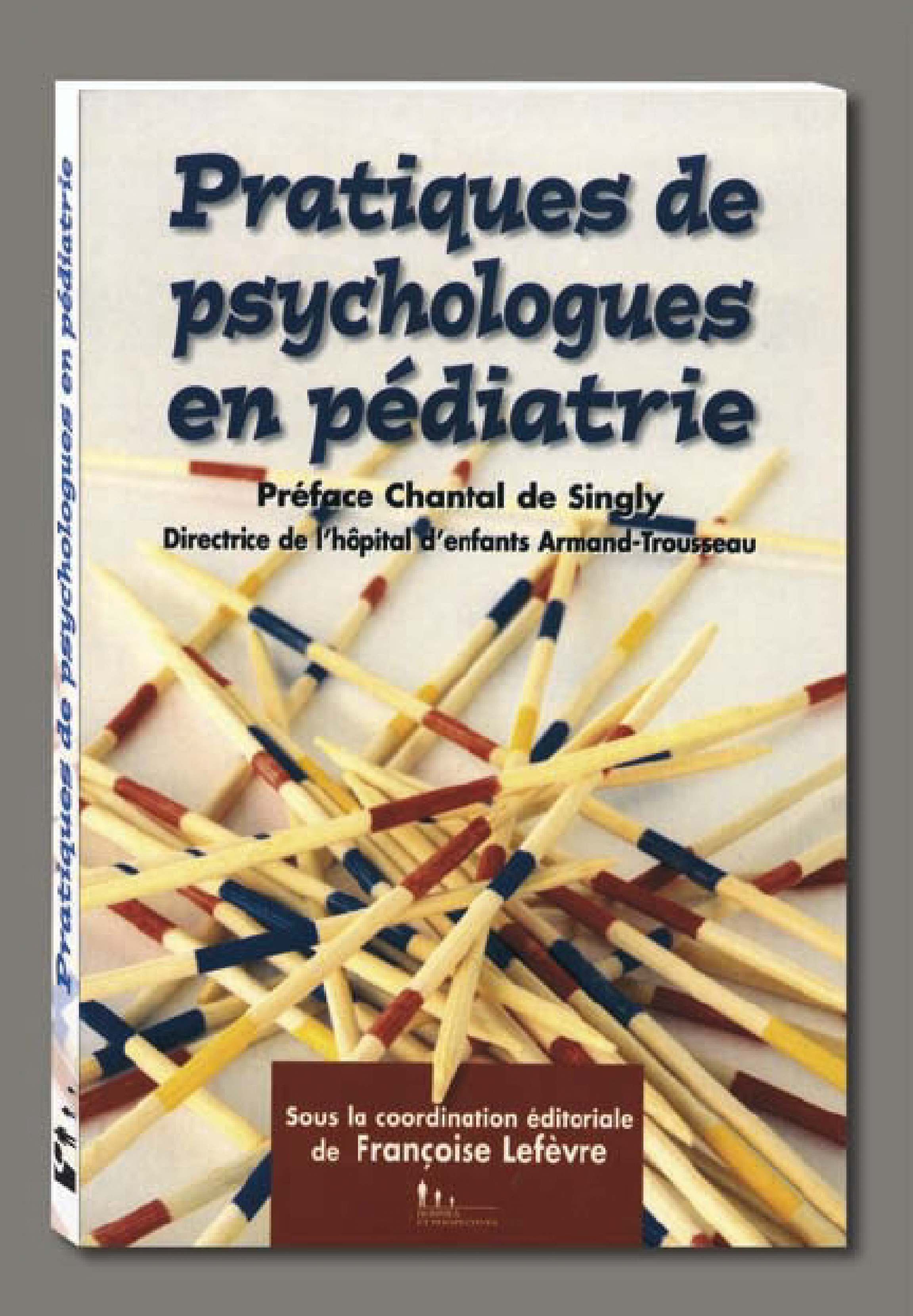
- Vous êtes titulaire d'un master 2 en psychologie clinique.
- Vous maîtrisez impérativement les techniques de thérapies comportementales et cognitives.
- Vous justifiez d'une expérience professionnelle de deux ans au minimum.
- Vous êtes sensibilisé(e) aux problématiques des RPS et de la qualité de vie au travail.
- Une expérience et-ou formation complémentaire en victimologie et-ou médiation est souhaitable.

Poste :

- Basé à Paris (75009).
- Déplacements à prévoir
- Poste à pourvoir immédiatement.

Contact :
Courriel : squasima@psya.fr

PRATIQUES DE PSYCHOLOGUES EN PÉDIATRIE



Des professionnels, soucieux du bien-être et de la santé mentale de leurs jeunes patients, y exposent, avec rigueur et précisions, quelles sont leurs missions. Ainsi, après avoir défini leur rôle en mettant l'accent sur l'écoute spécifique qu'ils pratiquent et présenté leurs méthodes et techniques d'intervention, ils présentent par le détail des cas concrets de prévention et de prise en charge thérapeutique...

180 pages
22 € – Port compris

Retrouvez les éditions du Journal des psychologues sur

www.jdpsychologues.fr / Espace Librairie

BON DE COMMANDE

À retourner au **Journal des psychologues – CDE – 10, av. Victor-Hugo - CS 60051 55800 Revigny-sur-Ornain** N° Indigo 0 825 82 63 63 **Fax : 03 29 70 56 74**

Code AJDP0018

Nom ....

Prénom ....

Adresse ....

....

Code postal ....Ville ....

....

E-mail ....

OUI, je souhaite recevoir exemplaire(s) de
PRATIQUES DE PSYCHOLOGUES EN PÉDIATRIE
au prix unitaire de **22 €*** Frais de port compris *(Réf. 0099LIVP)*

❏ ***Je choisis de régler :***
❏ **par chèque joint à l'ordre du** *Journal des psychologues*
❏ **par carte bancaire** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Expire fin |_|_| |_|_| **Signature** *(uniquement CB)*
Code CVC |_|_|_| Code vérification client
(trois derniers chiffres du n° figurant au verso de votre carte)

❏ **Je choisis de commander directement par téléphone au** N° Indigo 0 825 82 63 63 *(paiement CB)*

* *Tarif France métropolitaine. Autres destinations, consulter* www.jdpsychologues.fr